



Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte

Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen
in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Miriam Frey, David Liechti, Manuel Feer

Das **Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)** ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

In der Reihe «**Obsan Dossier**» erscheinen Forschungsberichte, welche Fachleuten im Gesundheitswesen als Arbeitsgrundlage dienen sollen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Der Inhalt der Obsan Dossiers unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Dossiers liegen in der Regel ausschliesslich in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen/Autoren

- Miriam Frey, David Liechti, Manuel Feer, B, S, S. Volkswirtschaftliche Beratung AG

Reviewboard

- Monika Diebold, Leiterin Obsan

- Paul Camenzind, Stv. Leiter Obsan

- Prof. Dr. Stefan Felder, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Basel

Dank

Die Autoren danken nachstehenden Personen für ihre Ratschläge während der Redaktion dieses Dossiers: Raymond Rossel und Michael Lindner vom Bundesamt für Statistik sowie Sonia Pellegrini vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium.

Projektleitung Obsan

Maik Roth

Reihe und Nummer

Obsan Dossier 17

Zitierweise

Frey, M., Liechti, D. & Feer, M. (2011). *Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich* (Obsan Dossier 17). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/Informationen

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tel. 032 713 60 45

E-Mail: obsan@bfs.admin.ch

Internet: www.obsan.ch

Titelgrafik

Roland Hirter, Bern

Download PDF

www.obsan.ch > Publikationen

(eine gedruckte Fassung ist nicht erhältlich)

Publikationsnummer

1037-1103-05

ISBN

978-3-907872-95-6

© Obsan 2011

B , S , S .

VOLKSWIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte

Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich

Miriam Frey, David Liechti, Manuel Feer

Obsan Dossier 17
Neuchâtel, 2011

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	7
Résumé	11
1 Einführung	15
2 Vorgehen und Methodik	17
3 Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben	19
3.1 Höhe und Entwicklung in der Schweiz	19
3.2 Internationaler Vergleich	20
3.2.1 Höhe und Entwicklung	20
3.2.2 Leistungsvergleich der gesetzlichen Krankenversicherungen	23
3.2.3 Die Rolle der privaten Krankenversicherungen	25
3.3 Wirkungen	26
3.4 Zwischenfazit zum Anteil der privaten Gesundheitsausgaben	27
4 Schätzmethoden und Abgrenzung	29
4.1 Übersicht der Schätzmethoden	29
4.2 Die Schätzmethoden in der Praxis	30
4.3 Bewertung der Schätzmethoden	33
4.4 Zwischenfazit zu den Schätzmethoden	35
4.5 Abgrenzungsprobleme	37
5 Ausblick und Perspektiven	39
5.1 Fazit	39
5.2 Datenquellen zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben	39
5.2.1 Perspektiven	42
6 Literaturverzeichnis	43
7 Weitere Literaturhinweise	45
8 Anhänge	47
8.1 Anhang I: Methodik der Literaturrecherche	47
8.2 Anhang II: Leistungsvergleich	48
8.3 Anhang III: Schätzmethoden in der Praxis (weitere Länder)	50
8.4 Anhang IV: Datenquellen Schweiz	52
8.5 Anhang V: Datenquellen Deutschland	53
8.6 Anhang VI: Teilnehmende Workshop	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Überblick der privaten Gesundheitsausgaben verschiedener Länder, 2000 und 2008	22
Tabelle 2	Überblick zu den Leistungskatalogen: Abdeckung ausgewählter Leistungen durch die Grundversicherung (in % der Ausgaben)	23
Tabelle 3	Überblick Anteil privater Ausgaben in den Bereichen Langzeitpflege und Zahnbehandlungen	24
Tabelle 4	Anteil Haushalte in %, die über 40% ihres verfügbaren Einkommens für OOP-Zahlungen ausgeben	26
Tabelle 5	Fazit zu den Schätzmethoden	36
Tabelle 6	Leistungsabdeckung der obligatorischen Krankenversicherung I	48
Tabelle 7	Leistungsabdeckung der obligatorischen Krankenversicherung II	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Schematische Darstellung der Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden.....	17
Abbildung 2	Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in der Schweiz.....	19
Abbildung 3	Entwicklung des Anteils der privaten Ausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben in der Schweiz	20
Abbildung 4	Überblick der privaten Gesundheitsausgaben verschiedener Länder, 2008	21
Abbildung 5	Aufteilung der Gesundheitsausgaben, 2007	25
Abbildung 6	Differenzmethode der Schweiz.....	31
Abbildung 7	Diskrepanz der privaten Gesundheitsausgaben zwischen der Schätzmethode des BFS und den Ergebnissen der HABE, 2008	32
Abbildung 8	Mögliche Datenquellen zu den OOP-Zahlungen, differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen und Leistungserbringern	41

Abkürzungsverzeichnis

BFS	Bundesamt für Statistik
ESTV	Eidgenössische Steuerverwaltung
HABE	Haushaltsbudgeterhebung des BFS
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
KuF	Statistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
NPO	Non-Profit-Organisation
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OOP	Out-Of-Pocket
RePEc	Research Papers in Economics
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SHA	System of Health Accounts
SILC	Statistik zu Einkommen und Lebensbedingungen
SOMED	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
VGR	Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung
WHO	World Health Organization

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziel der Studie

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) hat B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung mit einer Literaturanalyse zum Anteil der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte an den gesamten Gesundheitsausgaben beauftragt. Ziel der Studie ist es, die international genutzten Schätzmethoden zur Bestimmung dieses privaten Anteils der Gesundheitsausgaben darzustellen und zu bewerten. Weiter werden Höhe, Entwicklung und Anteile der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte auf nationaler und internationaler Ebene verglichen.

Methodik

Die Fragestellungen im Zusammenhang mit den direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte wurden mittels einer internationalen Literaturrecherche untersucht. Weiter wurde ein Workshop mit Vertreter/innen des Bundesamtes für Statistik (BFS) und des Obsan zur Diskussion der Schätzmethoden durchgeführt.

Ergebnisse: Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in der Schweiz

Höhe und Entwicklung: Die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz betragen 2009 rund 61 Mia. CHF. Über 30% dieser Ausgaben werden direkt durch die privaten Haushalte getragen. Diese „privaten Gesundheitsausgaben“ (der Begriff wird im vorliegenden Bericht mehrheitlich als synonyme Kurzform für „direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte“ verwendet) setzen sich zusammen aus Kostenbeteiligungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und in privaten Zusatzversicherungen für (Kranken-)Pflege und zum weit grösseren Teil aus sog. Out-Of-Pocket (OOP) Zahlungen¹. Letztere sind Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Versicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind.

Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben hat in den letzten 15 Jahren zwar leicht abgenommen. Da aber die Gesundheitsausgaben insgesamt stark gestiegen sind, haben sich auch die absoluten privaten Ausgaben erhöht. 1995 wurden von den privaten Haushalten in der Schweiz rund 12 Mia. CHF für Gesundheit und Pflege ausgegeben, 2009 betrug dieser Wert bereits knapp 19 Mia. CHF. Die privaten Gesundheitsausgaben werden dabei hauptsächlich an folgende Leistungserbringer erbracht:

- Pflegeheime: 29% der privaten Gesundheitsausgaben
- Zahnärztinnen und Zahnärzte: 19% der privaten Gesundheitsausgaben
- Ärztinnen und Ärzte (v.a. Kostenbeteiligungen): 17% der privaten Gesundheitsausgaben

Internationaler Vergleich: Der private Anteil von über 30% an den gesamten Gesundheitsausgaben ist im internationalen Vergleich hoch. So beträgt der Anteil in Italien 20%, in Österreich 15%, in Deutschland 13%, in Grossbritannien 11%, in Frankreich 7% und in der Niederlande sogar nur 6%.

Diese unterschiedlichen Anteile lassen sich zu einem grossen Teil auf Unterschiede bei den Leistungskatalogen der Grundversicherung zurückführen. Der Leistungskatalog der Schweiz liegt zwar grösstenteils im Rahmen der OECD-Länder, jedoch mit drei wichtigen Ausnahmen. Erstens sind

¹ Die Ausgaben der Haushalte für Prämien (OKP und private Zusatzversicherungen) sind nicht Teil der privaten Gesundheitsausgaben. Vgl. Bundesamt für Statistik: Gesundheit – Kosten des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden: <http://www.bfs.admin.ch>

Zahnbehandlungen darin nicht enthalten. Zweitens werden relativ wenig Präventionsleistungen durch OKP und Staat abgedeckt. Drittens ist der Anteil der eigenen Ausgaben, die die Schweizerinnen und Schweizer für die Langzeitpflege ausgeben im Ländervergleich sehr hoch.

Da Langzeitpflege und Zahnbehandlungen hohe Ausgaben darstellen, erklärt die hohe Eigenbeteiligung der Versicherten bei diesen Positionen zu einem grossen Teil die Unterschiede in den Gesundheitsausgaben zwischen der Schweiz und anderen Ländern. Dagegen ist die Prävention ein eher kleiner Ausgabenbereich und somit nicht entscheidend für die Unterschiede zwischen den Ländern.

Wirkungen von hohen direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte auf die Inanspruchnahme: Umfragen in der Schweiz zeigen auf, dass zwischen 4% und 15% der befragten Personen aus Kostengründen auf (Zahn-)Arztbesuche, medizinische Behandlungen oder Medikamente verzichten. Der Verzicht ist zudem negativ korreliert mit dem Einkommen der Befragten.

Ergebnisse: Schätzmethoden zur Berechnung der Out-Of-Pocket (OOP)-Zahlungen

Grundsätzlich gibt es vier Möglichkeiten zur Schätzung der OOP-Zahlungen, welche oftmals auch kombiniert angewandt werden:

- Differenzberechnung: Die OOP-Zahlungen werden indirekt berechnet aus der Differenz zwischen den gesamten Umsätzen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen und den Zahlungen, die der Staat, Versicherungen und – über die Kostenbeteiligung bei Versicherungen – die Haushalte leisten.
- Haushaltsbudgeterhebungen: Die OOP-Zahlungen werden mittels einer direkten Befragung der Haushalte bestimmt.
- Sekundärstatistiken: Sekundärstatistiken liefern Daten zu den OOP-Zahlungen in einzelnen Teilbereichen.
- Expertenbefragungen: In der Praxis werden häufig Schätzungen von Experten eingeholt und ergänzend zu den oben erwähnten Methoden verwendet. Dabei geht es nicht darum, dass die OOP-Anteile selbst geschätzt werden, sondern dass bei einzelnen Positionen Schätzungen nötig sind (z.B. Verteilschlüssel).

Bewertung der Schätzmethoden: Alle Methoden haben Vor- und Nachteile. Die Differenzberechnung gilt wie die Sekundärstatistiken als präzise, robust und gut vergleichbar, lässt jedoch keine disaggregierte Analyse zu. Insbesondere sind im Unterschied zu Haushaltserhebungen keine Rückschlüsse auf die Verteilung der OOP-Zahlungen auf verschiedene Einkommensgruppen und auf unterschiedliche Regionen möglich. Haushaltserhebungen sind dagegen aufgrund einer wahrscheinlichen Umfrage-Verzerrung ungenauer. Expertenbefragungen schliesslich sind wenig objektiv.

Schätzmethode der Schweiz: In der Schweiz werden die OOP-Zahlungen mit der Differenzmethode berechnet. Die Schätzergebnisse können zudem mit der Haushaltsbudgeterhebung (HABE) plausibilisiert werden. Die HABE deckt allerdings die Langzeitpflege nicht ab, da keine Personen aus Institutionen (z.B. Pflegeheimen) befragt werden.

Die Kostenbeteiligungen der privaten Haushalte werden in der Schweiz mittels einer Sekundärstatistik geschätzt und entsprechen der Summe aller eingereichten Rechnungen für medizinische Leistungen minus die Anteile, die Krankenversicherer übernehmen.

Die Schweizer Berechnung der OOP-Zahlungen wird von der OECD als sehr verlässlich eingestuft.

Fazit und Perspektiven

Die Differenzberechnung der Schweiz ist gut geeignet, um die Höhe der OOP-Zahlungen zu bestimmen und die zeitliche Entwicklung zu analysieren. Es ist zudem vorgesehen, die derzeit noch bestehenden Unschärfen im Bereich der AHV/IV-Ergänzungsleistungen für Heimbewohner/innen, bei der Zuordnung von Pflegeinstitutionen und bezüglich der Umsatzdaten in Arztpraxen zu beheben.

Die Differenzberechnung lässt allerdings keine Rückschlüsse auf die Verteilung der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte auf verschiedene Bevölkerungsgruppen zu. Ebenfalls können keine regional differenzierten Auswertungen vorgenommen werden. Möchte man Verteilungsaspekte ergänzen, stehen folgende Möglichkeiten offen:

- Bei Leistungen, die eine gute Datenqualität aufweisen (z.B. Zahnarztbehandlungen, Medikamente), könnte mit der HABE die Verteilung der OOP-Zahlungen nach Alter, Geschlecht, Einkommen und Haushaltstyp vorgenommen werden. Weiter können die Möglichkeiten für neue oder ergänzende Erhebungen systematisch analysiert werden, wobei sich u.E. insbesondere ein Ansatz anbietet: Die vom BFS derzeit geprüften Steuerdaten könnten interessante Hinweise auf die Verteilungswirkungen von hohen OOP-Zahlungen liefern.
- Um die Verteilung der OOP-Zahlungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen im Bereich der Pflegeheime und Institutionen für Behinderte zu bestimmen, sollte eine separate Studie erstellt werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung sowie der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen NFA – der institutionelle Behindertenbereich liegt neu in der Zuständigkeit der Kantone – sind Verteilungsaspekte und regionale Differenzen bei der Langzeitpflege ein wichtiges Thema. Beispielsweise könnte eine solche Studie aufzeigen, in welchen Bereichen für Bewohner/innen von Pflegeheimen hohe OOP-Zahlungen anfallen, ob sich diese nach soziodemographischen Merkmalen unterscheiden oder auch, ob diese Zahlungen von den Betroffenen selbst oder ihren Familienangehörigen übernommen werden. Diese Fragen können durch die bestehenden Erhebungen nicht abgedeckt werden.

Résumé

Contexte et but de l'étude

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a chargé le bureau B.S.S. Volkswirtschaftliche Beratung d'effectuer une analyse bibliographique sur la part que représentent les versements directs des ménages pour la santé dans les dépenses de santé totales. L'étude vise à présenter et à évaluer les méthodes d'estimation utilisées au plan international pour déterminer la part des versements directs des ménages privés pour la santé. Par ailleurs, le montant, l'évolution et les parts de ces versements directs sont comparés aux niveaux national et international.

Méthodologie

Les questions en rapport avec les versements directs des ménages pour la santé ont été examinées au moyen d'une recherche bibliographique à l'échelle internationale. En outre, un atelier a été organisé avec des représentants et représentantes de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Obsan pour discuter des méthodes d'estimation.

Résultats: Versements directs des ménages privés pour la santé en Suisse

Montant et évolution: Les dépenses totales consacrées à la santé en Suisse ont atteint environ 61 milliards de francs en 2009. Plus de 30% de ces dépenses sont directement supportées par les ménages privés (=versements directs des ménages pour la santé). Les versements directs des ménages pour la santé se composent des participations aux frais de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et des assurances complémentaires privées pour les soins (infirmiers) ainsi que de la partie quantitativement bien plus importante que représentent les versements dits Out-of-pocket (OOP)². Ces derniers sont des dépenses pour des prestations médicales non couvertes par une assurance ou par des contributions de l'Etat.

La part des versements directs des ménages privés pour la santé dans les dépenses de santé totales a certes légèrement reculé au cours des quinze dernières années. Mais comme les dépenses totales de santé ont dans l'ensemble fortement augmenté, les versements directs des ménages pour la santé se sont aussi accrus en termes absolus. Si les ménages privés en Suisse dépensaient quelque 12 milliards de francs pour la santé et les soins en 1995, ils déboursaient déjà près de 19 milliards en 2009. Les versements directs des ménages pour la santé sont principalement destinés aux prestataires suivants :

- établissements médico-sociaux (EMS) : 29% des versements directs des ménages pour la santé ;
- dentistes : 19% des versements directs des ménages pour la santé ;
- médecins (principalement participations aux coûts) : 17% des versements directs des ménages pour la santé.

Comparaison internationale: La part que représentent en Suisse les versements directs des ménages privés pour la santé dans les dépenses totales de santé (plus de 30%) est élevée en comparaison internationale. La part correspondante atteint 20% en Italie, 15% en Autriche, 13% en Allemagne, 11% en Grande-Bretagne, 7% en France et seulement 6% aux Pays-Bas.

² Les dépenses des ménages pour les primes (AOS et assurances complémentaires) ne font pas partie des versements directs des ménages pour la santé. Voir Office fédéral de la statistique : Santé – Coût du système de santé selon l'agent payeur : <http://www.bfs.admin.ch>

Les disparités observées entre les pays sont dues en grande partie à des différences dans les catalogues de prestations de l'assurance de base. Le catalogue des prestations en Suisse correspond en grande partie à ceux des pays de l'OCDE, mais à trois grandes exceptions près. Premièrement, les traitements dentaires ne figurent pas dans le catalogue. Deuxièmement, les prestations de prévention sont relativement peu nombreuses à être prises en charge par l'AOS et par l'Etat. Troisièmement, la part des dépenses que la population suisse consacre elle-même aux soins de longue durée est très élevée comparée à celle observée dans les autres pays.

Les coûts élevés occasionnés par les soins de longue durée et les traitements dentaires expliquent la participation importante des assurés dans ces positions et une grande partie des différences relevées entre la Suisse et d'autres pays quant à l'ampleur des versements directs des ménages pour la santé. La prévention en revanche est un domaine de dépenses plutôt restreint et ne joue donc pas un rôle déterminant dans ces différences.

Incidences du niveau élevé des versements directs des ménages pour la santé sur le recours à des prestations: Des enquêtes réalisées en Suisse montrent que 4 à 15% des personnes interrogées renoncent, pour des questions de coûts, à des consultations chez le médecin ou le dentiste, à des traitements médicaux ou à des médicaments. Ce renoncement est en outre corrélé négativement avec le revenu des personnes interrogées.

Résultats: Méthodes pour estimer les versements Out-of-pocket (OOP)

Il y a principalement quatre possibilités d'estimer les versements OOP; elles peuvent souvent aussi être appliquées de manière combinée :

- Calcul de la différence : les versements OOP sont calculés indirectement à partir de la différence entre les chiffres d'affaires totaux des prestataires de santé et les versements fournis par l'Etat, les assurances et les ménages, ces derniers par le biais de leurs participations aux frais d'assurances.
- Enquêtes sur le budget des ménages : les versements OOP sont déterminés à l'aide d'une enquête directe menée auprès des ménages.
- Statistiques secondaires : les statistiques secondaires fournissent des données sur les versements OOP dans divers secteurs.
- Interviews d'experts : dans la pratique, on se base souvent sur des estimations faites par des experts que l'on complète à l'aide des méthodes susmentionnées. Il ne s'agit pas dans ce contexte d'estimer les parts OOP elles-mêmes mais d'obtenir des estimations nécessaires portant sur certaines positions (par ex. clé de répartition).

Evaluation des méthodes d'estimation: Toutes les méthodes présentent des avantages et des inconvénients. Le calcul de la différence, à l'instar des statistiques secondaires, est considéré comme une méthode précise, solide et bien comparable, mais il n'offre aucune base pour procéder à des analyses désagrégées. A la différence des enquêtes auprès des ménages, il ne permet pas d'obtenir des informations sur la répartition des versements OOP selon les catégories de revenus et les régions. Les enquêtes auprès des ménages sont en revanche moins précises en raison de possibles biais. Enfin, les interviews d'experts sont peu objectives.

La méthode d'estimation utilisée en Suisse: En Suisse, les versements OOP sont calculés à l'aide de la méthode de la différence. Les résultats de l'estimation peuvent en outre être plausibilisés avec l'enquête sur le budget des ménages (EBM). L'EBM ne couvre cependant pas les soins de longue durée, car les personnes vivant en institution (par ex. EMS) ne sont pas interrogées dans cette enquête.

Les participations aux frais payées par les ménages suisses sont estimées en Suisse à l'aide d'une statistique secondaire et correspondent à la somme de toutes les factures envoyées pour des prestations médicales moins les parts prises en charge par les assureurs-maladie.

L'OCDE considère le calcul suisse des versements OOP comme très fiable.

Bilan et perspectives

Le calcul de la différence en Suisse est très approprié pour déterminer le niveau des versements OOP et analyser leur évolution dans le temps. Il est en outre prévu de remédier à certaines imprécisions existantes aux niveaux des prestations complémentaires à l'AVS/AI pour les personnes résidant en EMS, de l'attribution des établissements de soins et des données relatives aux chiffres d'affaires des cabinets médicaux.

Le calcul de la différence ne dit rien sur la répartition des versements directs des ménages privés pour la santé entre divers groupes de population. Il ne permet pas non plus de réaliser des exploitations différenciées selon les régions. Voudrait-on compléter des aspects de la répartition, les possibilités suivantes sont envisageables :

- Pour les prestations au sujet desquelles on dispose de données de bonne qualité (par ex. traitements dentaires, médicaments), on pourrait ventiler à l'aide de l'EBM les versements OOP selon les variables individuelles de l'âge, du sexe, du revenu et du type de ménage. Par ailleurs, il conviendrait d'analyser systématiquement les possibilités offertes par de nouvelles enquêtes ou des enquêtes complémentaires ; à notre avis, une approche paraît ici particulièrement indiquée : les données fiscales actuellement examinées par l'OFS pourraient fournir des indications intéressantes sur les effets de répartition de versements OOP élevés.
- Il faudrait réaliser une étude séparée pour déterminer la répartition des versements OOP entre divers groupes de population dans le secteur des EMS et des établissements pour handicapés. Les aspects de répartition et les différences régionales représentent un thème important compte tenu notamment du nouveau régime de financement des soins et de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons RPT (le secteur institutionnel des handicapés relève désormais de la compétence des cantons). Une telle étude pourrait par exemple montrer dans quel secteur des versements OOP élevés sont occasionnés aux pensionnaires des EMS, si ces versements peuvent être distingués en fonction des caractères socio-démographiques des pensionnaires concernés et s'ils sont supportés par ces derniers eux-mêmes ou par des membres de leur famille. Les enquêtes actuelles ne permettent pas de répondre à ces questions.

1 Einführung

Die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz betragen 2009 rund 61 Mia. CHF. Über 30% dieser Ausgaben werden direkt durch die privaten Haushalte getragen – sei es durch Kostenbeteiligungen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und in privaten Zusatzversicherungen für (Kranken-)Pflege oder zum weit grösseren Teil durch sog. Out-Of-Pocket (OOP) Zahlungen³. Letztere sind Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Versicherung oder staatliche Subventionen abgedeckt sind. Beispiele sind Pflegeleistungen oder zahnärztliche Leistungen.

Obwohl die Definition der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte klar scheint, kommt es in der Praxis zu Abgrenzungsproblemen und methodischen Schwierigkeiten. Vergleicht man die (indirekte) Berechnungsmethodik des Bundesamtes für Statistik (BFS) zu den „privaten Gesundheitsausgaben“⁴ mit der direkten Befragung im Rahmen der Haushaltsbudgeterhebung des BFS (HABE), resultiert eine Diskrepanz. Die Wahl der Methodik hat somit einen entscheidenden Einfluss auf das Ergebnis und erklärt möglicherweise auch einen Teil der grossen internationalen Unterschiede bei den Anteilen privater Ausgaben an den Gesamtausgaben.

Vor diesem Hintergrund hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) eine Literaturanalyse zum Anteil der privaten Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Auftrag gegeben. Diese hat zum Ziel, die international genutzte Methodik zur Bestimmung des Anteils der privaten Gesundheitsausgaben darzustellen und zu bewerten. Weiter werden Höhe, Entwicklung und Anteile der privaten Gesundheitsausgaben auf nationaler und internationaler Ebene verglichen. Um einen solchen Vergleich sinnvoll durchführen zu können, müssen – neben der möglicherweise unterschiedlichen Methodik – auch die unterschiedlichen Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenversicherungen berücksichtigt werden.

Der Bericht gliedert sich wie folgt: Zunächst wird das Vorgehen beschrieben (Kapitel 2). Danach gehen wir unter Berücksichtigung der Leistungskataloge auf die Höhe, Entwicklung und Auswirkungen der privaten Gesundheitsausgaben in der Schweiz und in anderen Ländern ein (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden die unterschiedlichen Methoden zur Erfassung der privaten Gesundheitsausgaben dargestellt und bewertet. Kapitel 5 diskutiert schliesslich die Möglichkeiten, wie sich die Informationsbasis verbessern lässt.

³ Als Direktzahlende wird die „finanzierende Wirtschaftseinheit, der die direkte Bezahlung der Leistungen obliegt“ verstanden. Die Ausgaben der Haushalte für Prämien (OKP und private Zusatzversicherungen) sind nach dieser Sicht nicht Teil der privaten Gesundheitsausgaben. Analog gilt für die Prämienverbilligungen, dass diese zwar die Prämienbelastung der finanziell schwächer gestellten Haushalte vermindern, nicht jedoch die privaten Gesundheitsausgaben senken. Vgl. Bundesamt für Statistik: Gesundheit – Kosten des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden, http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/perspektive_der_direktzahler.html.

⁴ Der Begriff wird im vorliegenden Bericht mehrheitlich als synonyme Kurzform für „direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte“ verwendet

2 Vorgehen und Methodik

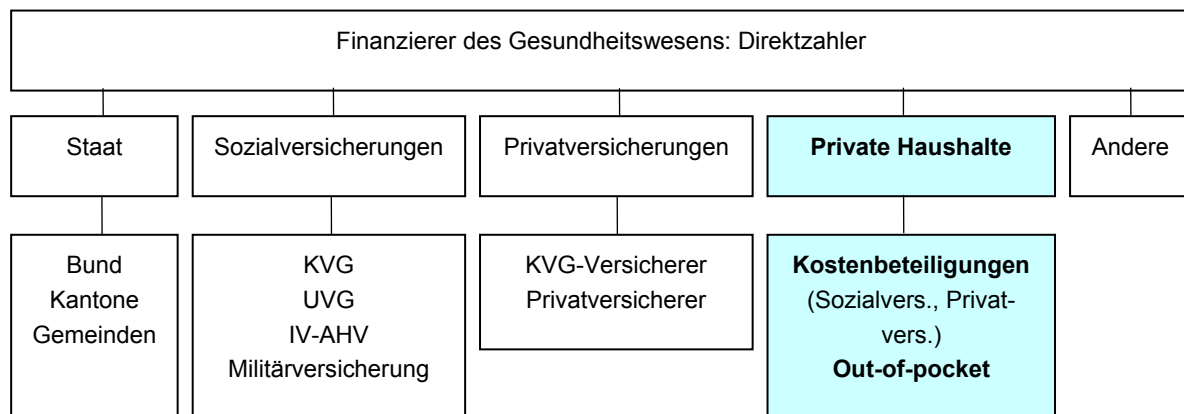
Die Fragestellungen im Zusammenhang mit den direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte werden mittels einer internationalen Literaturrecherche untersucht⁵. Die Literaturrecherche wurde in den Sprachen Deutsch, Französisch, Englisch und Italienisch durchgeführt.

Weiter haben wir einen Workshop mit Vertreter/innen des BFS und des Obsan zur Diskussion der Schätzmethode durchgeführt (vgl. Anhang VI).

Definitionen

Im vorliegenden Bericht wird die Finanzierung des Gesundheitswesens aus Sicht der Direktzahlenden verwendet (vgl. Fussnote 3). Nachfolgende Abbildung stellt diese Sichtweise schematisch dar.

Abbildung 1 Schematische Darstellung der Finanzierung des Gesundheitswesens nach Direktzahlenden



Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Bundesamt für Statistik (2011).

OOP-Zahlungen: Die OOP-Zahlungen der Haushalte bestehen aus den Zahlungen für Leistungen, die nicht von den Versicherungen oder von staatlichen Subventionen an die Leistungserbringer abgedeckt werden, abzüglich der Kostenbeteiligungen. Die Höhe der OOP-Zahlungen hängt vom Leistungskatalog der Grundversicherung ab. So zählen beispielsweise Zahnarztrechnungen in der Schweiz zu den OOP-Zahlungen, sofern sie nicht über eine Privatversicherung gedeckt werden, während sie in anderen Ländern (z.B. Deutschland) über die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt sind.

Kostenbeteiligungen: Unter Kostenbeteiligungen versteht man absolute Selbstbehalte (sog. Franchisen) und proportionale Selbstbehalte, die in der Krankenversicherung auf den Kosten der medizinischen Versorgung zu Lasten der Versicherten erhoben werden. Obwohl sie von den privaten Haushalten bezahlt werden, zählen sie in der Statistik der Schweiz zu den Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens nicht zu den OOP-Zahlungen.

Private Gesundheitsausgaben: OOP-Zahlungen und Kostenbeteiligungen bilden zusammen die privaten Gesundheitsausgaben⁶, welche den Fokus des vorliegenden Berichts bilden. In der Schweiz machen OOP-Zahlungen mit über 80% den weitaus grösseren Teil der privaten Gesundheitsausgaben aus als die Kostenbeteiligungen mit knapp 20%. In anderen Ländern weichen die Bestandteile der privaten Gesundheitsausgaben allerdings massiv von denjenigen in der Schweiz ab. So sind die Kos-

⁵ Für die detaillierte Methodik der Literaturrecherche vgl. Anhang I.

⁶ Vgl. Fussnote 4

tenbeteiligungen der Haushalte in Italien beispielsweise einer der Hauptausgabeposten der gesamten privaten Gesundheitsausgaben.

Nach der internationalen Konvention zählen Prämienzahlungen für gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherungen nicht zu den privaten Gesundheitsausgaben (vgl. dazu auch Fussnote 3).

3 Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben

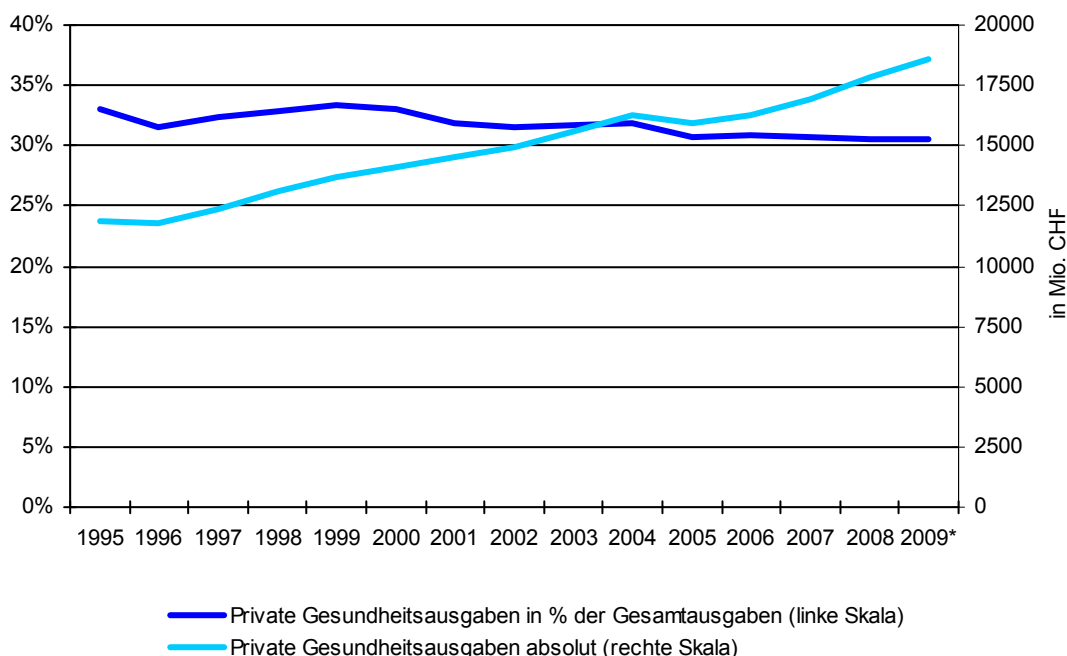
3.1 Höhe und Entwicklung in der Schweiz

Die Gesamtausgaben für Güter und Dienstleistungen im Gesundheitswesen stiegen in der Schweiz von 36 Mia. CHF im Jahre 1995 auf rund 61 Mia. CHF im Jahre 2009 an. Die direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte machten dabei rund 30% aus. Abbildung 2 stellt die Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in absoluten Werten und relativ zu den gesamten Gesundheitsausgaben seit 1995 dar. Die relativen Anteile haben über diese 15 Jahre leicht abgenommen⁷. Da aber die Ausgaben insgesamt stark angestiegen sind, haben sich auch die absoluten privaten Ausgaben erhöht. 1995 wurden von den privaten Haushalten in der Schweiz rund 12 Mia. CHF für Gesundheit und Pflege ausgegeben, 2009 betrug die privaten Gesundheitsausgaben bereits knapp 19 Mia. CHF. Die OOP-Zahlungen verliefen parallel und stiegen von 10 Mia. CHF im Jahr 1995 auf ca. 15 Mia. CHF im Jahr 2009 an.

Die direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte werden dabei hauptsächlich an folgende Leistungserbringer erbracht⁸:

- Pflegeheime (ca. 5 Mia. CHF, dies sind 29% der privaten Gesundheitsausgaben insgesamt)
- Zahnärztinnen und Zahnärzte (ca. 3.3 Mia. CHF, 19%)
- Ärztinnen und Ärzte (ca. 3.0 Mia. CHF, 17%)
- Allgemeine Krankenhäuser (ca. 1.5 Mia. CHF, 8%)
- Institutionen für Behinderte (ca. 1.2 Mia. CHF, 7%)
- Apotheken (ca. 1.1 Mia. CHF, 6%)

Abbildung 2 Entwicklung der privaten Gesundheitsausgaben in der Schweiz

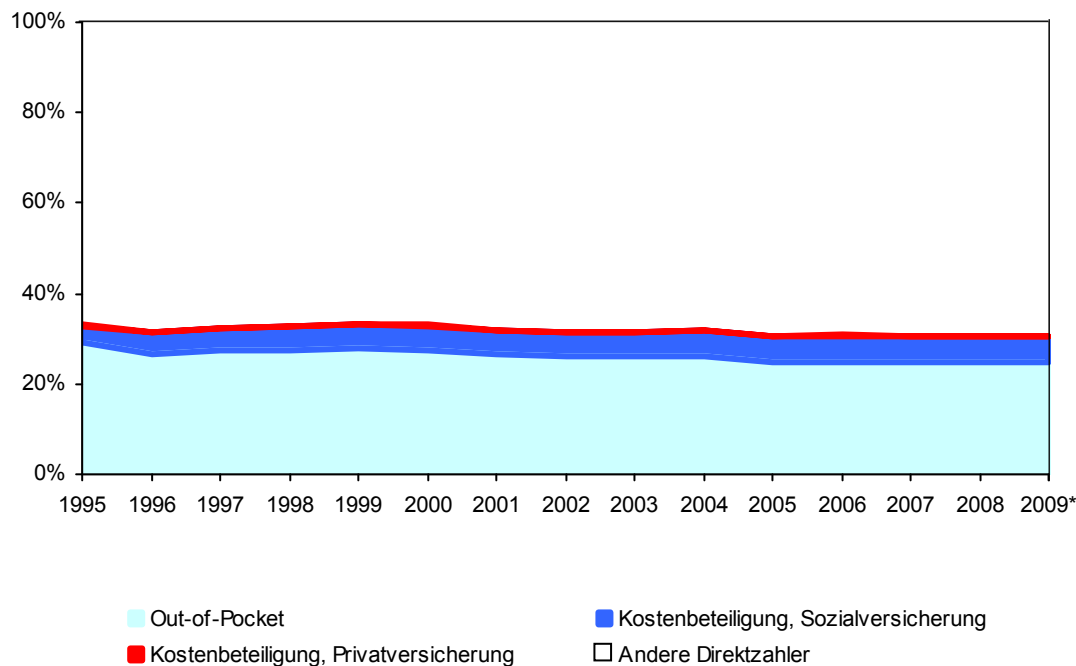


Quelle: Bundesamt für Statistik (* = provisorische Zahlen)

⁷ Diese Entwicklung ist bereits seit den 1980er Jahren im Gange (European Observatory on Health Care Systems 2000).

⁸ Vgl. BFS (2011).

Abbildung 3 Entwicklung des Anteils der privaten Ausgaben an den Gesamtgesundheitsausgaben in der Schweiz



Quelle: Bundesamt für Statistik (* = provisorische Zahlen)

3.2 Internationaler Vergleich

3.2.1 Höhe und Entwicklung

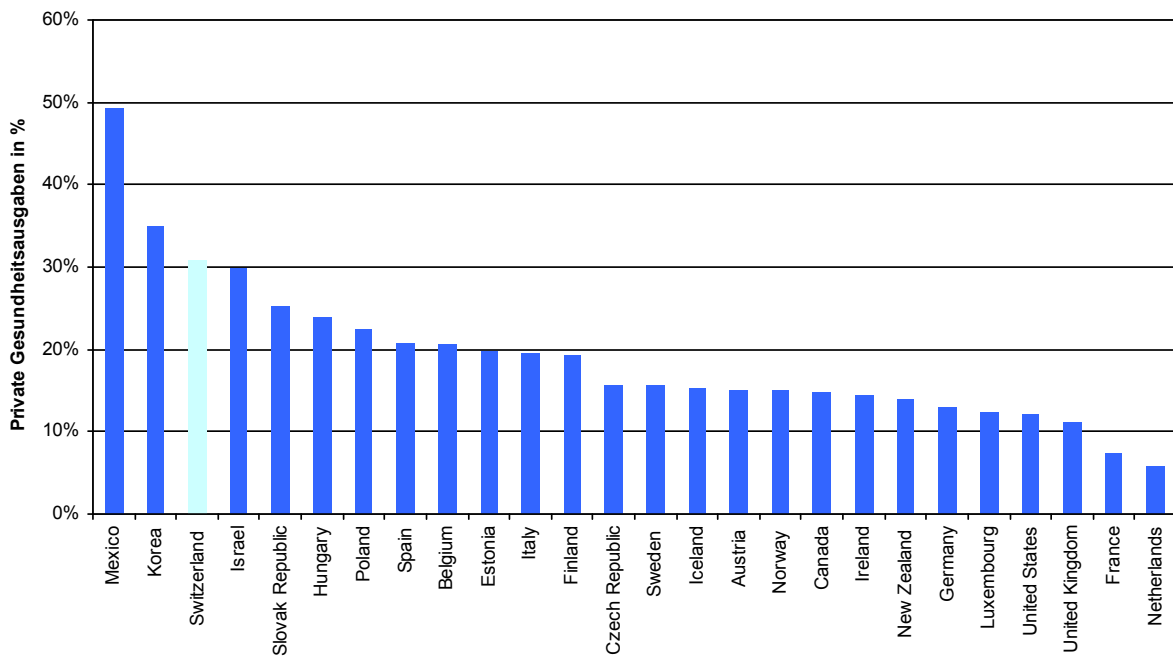
Die OECD bezeichnet die direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte zwar als Out-of-pocket expenditure, definiert sie aber folgendermassen: "Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient's own initiative." Dies entspricht unserer Definition von privaten Gesundheitsausgaben⁹.

Abbildung 4 stellt die Anteile der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Ausgaben für verschiedene Länder dar¹⁰. Die Schweiz liegt mit einem Anteil an privaten Gesundheitsausgaben von über 30% hinter Mexiko und Südkorea an dritter Stelle. An letzter Stelle dieser Statistik der OECD-Länder stehen die Niederlande mit 6%.

⁹ Vgl. Dataset: OECD Health Data und die dort aufgeführten Definitionen:

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>

¹⁰ Zu betonen ist dabei nochmals, dass die Prämienzahlungen in diesen privaten Gesundheitsausgaben nicht enthalten sind.

Abbildung 4 Überblick der privaten Gesundheitsausgaben verschiedener Länder, 2008

Quelle: OECD Health Data

In der zeitlichen Entwicklung zeigt sich, dass bei den 24 Ländern, bei welchen Daten für die Jahre 2000 und 2008 vorliegen, die Anteile der privaten Gesundheitsausgaben bei 15 Ländern um mehr als 1 Prozentpunkt gesunken sind, bei 5 Ländern blieben sie in etwa konstant und bei 4 Ländern sind sie um mehr als 1 Prozentpunkt gestiegen (verg. Tabelle 1). In der Schweiz hat sich der Anteil um 2 Prozentpunkte verringert.

Tabelle 1 Überblick der privaten Gesundheitsausgaben in % der gesamten Gesundheitsausgaben verschiedener Länder, 2000 und 2008

	2000	2008	Veränderung in Prozentpunkten
Mexico	51	49	-2
Korea	45	35	-10
Switzerland	33	31	-2
Israel	24	30	6
Slovak Republic	11	25	15
Hungary	26	24	-2
Poland	30	22	-8
Spain	24	21	-3
Belgium	n.a.	21	n.a.
Estonia	20	20	0
Italy	25	20	-5
Finland	22	19	-3
Czech Republic	10	16	6
Sweden	n.a.	16	n.a.
Iceland	19	15	-4
Austria	15	15	0
Norway	17	15	-2
Canada	16	15	-1
Ireland	15	14	-1
New Zealand	15	14	-2
Germany	11	13	2
Luxembourg	12	12	1
United States	15	12	-2
United Kingdom	13	11	-2
France	7	7	0
Netherlands	9	6	-3
Turkey	28	n.a.	n.a.
Portugal	22	n.a.	n.a.
Australia	20	n.a.	n.a.
Japan	17	n.a.	n.a.
Denmark	16	n.a.	n.a.

Quelle: OECD Health Data

Auch in absoluten Zahlen bestätigen sich die hohen Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in der Schweiz. In einem Vergleich über alle OECD Länder (Anderson und Frogner 2008, Kirchgässner und Gerritzen 2011) steht die Schweiz an erster Stelle bei den privaten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben gemessen in Kaufkraftparitäten.

Der Anteil privater Gesundheitsausgaben am Total der Konsumausgaben ist in der Schweiz ebenfalls vergleichsweise hoch (Huber und Orosz 2003): 5,5% im Jahr 1990 und 6,1% im Jahr 2000. Im Vergleich dazu fielen die Werte für die USA mit 3,6% respektive 2,9% und Deutschland mit 1,8% respektive 2,0% deutlich geringer aus.

Wir sehen somit grosse Unterschiede im Anteil privater Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben. Als mögliche Gründe für diese Unterschiede kommen folgende Faktoren in Betracht:

- Die Leistungskataloge der gesetzlichen Krankenversicherungen unterscheiden sich zwischen den OECD-Ländern. In der Schweiz sind die Zahnarztleistungen beispielsweise nicht über die OKP gedeckt. Somit zählen Ausgaben für Zahnbehandlungen, soweit sie nicht über private Versicherungen abgedeckt sind, zu den OOP-Zahlungen. In Ländern wie Deutschland, wo die Kosten für zahnärztliche Leistungen dagegen weitestgehend über die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt sind, sind die entsprechenden Ausgaben nicht Teil der OOP-Zahlungen. Die unterschiedlichen Leistungskataloge werden in Kapitel 3.2.2 genauer analysiert.
- Der Anteil Personen mit Zusatzversicherungen können sich bei ähnlichen Leistungskatalogen der gesetzlichen Krankenversicherung unterscheiden. Die Rolle der Zusatzversicherungen wird in Kapitel 3.2.3 betrachtet.
- Die Anteile, welche durch die privaten Haushalte in einzelnen Ländern getragen werden, unterscheiden sich unabhängig von den über Versicherungen gedeckten Leistungen. Dies kann aufgrund unterschiedlicher Präferenzen resultieren.
- Die Unterschiede können aus Problemen in den Schätzmethode resultieren. Diesem Thema ist Kapitel 4 gewidmet.

3.2.2 Leistungsvergleich der gesetzlichen Krankenversicherungen

Der hohe Anteil der privaten Gesundheitsausgaben in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern kann teilweise durch die unterschiedlichen Leistungskataloge in der Grundversicherung erklärt werden.

Paris et al. (2010) geben für die OECD-Länder hierzu einen groben Überblick¹¹. Einige Kategorien wie z.B. die akute Behandlung in Spitälern, klinische Labortests und Diagnoseverfahren werden in allen betrachteten Ländern ganz oder weitgehend durch die Grundversicherung abgedeckt. Medikamente werden bereits weniger stark gedeckt und bei Zahnbehandlungen und Sehhilfen ist der Deckungsgrad nochmals niedriger. Die nachfolgende Tabelle stellt die Deckung der Grundversicherung in Prozent der übernommenen Ausgaben nach Bereich für ausgewählte Länder dar. Alle betrachteten Länder resp. Bereiche finden sich in Anhang II.

Tabelle 2 Überblick zu den Leistungskatalogen: Abdeckung ausgewählter Leistungen durch die Grundversicherung (in % der Ausgaben)

	Medikamente	Zahnbehandlung	Sehhilfen
Grossbritannien	100%	76-99%	nicht gedeckt
Italien	100%	1-50%	nicht gedeckt
Niederlande	100%	1-50%	nicht gedeckt
Österreich	76-99%	100%	1-50%
Deutschland	76-99%	76-99%	1-50%
Schweiz	76-99%	nicht gedeckt	1-50%
Frankreich	51-75%	1-50%	1-50%

Quelle: Paris et al. (2010)

Anmerkung: In der aufgeführten OECD-Studie wurden 29 OECD-Länder befragt, ob ausgewählte Leistungen (z.B. Medikamente, Zahnbehandlungen) durch die Grundversicherung gedeckt seien und falls ja, welches die „typische“ Höhe dieser Deckung sei. Dabei standen verschiedene Antwortkategorien (z.B. zwischen 1 und 50%) zur Auswahl.

¹¹ Für Deutschland, Dänemark, Frankreich, Italien, Niederlande, Polen, Spanien, Ungarn sowie das Vereinigte Königreich wurden die Leistungen im Rahmen des HealthBasket Projekts noch detaillierter erfasst. Vgl. <http://www.ehma.org/index.php?q=node/81>

Kirchgässner und Gerritzen (2011) zeigen auf, dass der von der obligatorischen Grundversicherung abgedeckte Leistungskatalog in der Schweiz zwar grösstenteils im Rahmen der OECD-Länder liegt, allerdings mit drei wichtigen Ausnahmen: Erstens sind Zahnbehandlungen darin nicht enthalten. Zweitens werden relativ wenig Präventionsleistungen abgedeckt. Drittens ist der Anteil der eigenen Ausgaben, welcher die Schweizerinnen und Schweizer für die Langzeitpflege ausgeben (Pflegeheime) in keinem anderen betrachteten Land höher. Dies liegt gemäss den Autor/innen v.a. daran, dass es in der Schweiz (neben den Leistungen der Krankenversicherer zur Deckung der Gesundheitskosten im engeren Sinn) keine gesetzliche Pflegeversicherung gibt.

In einem weiter gefassten Versorgungsindex (Index für die Sicherstellung medizinischer Versorgung durch den Staat) zeigen Beske et al. (2005) auf, dass die Schweiz etwas über dem Durchschnitt von 14 untersuchten Industrienationen liegt. In diesem Index werden nicht nur die von der obligatorischen Krankenversicherung abgedeckten Leistungen berücksichtigt, sondern auch z.B. die Versorgungsdichte, die Freiheit bei der Arzt- und Spitalwahl und die Wartezeiten.

Die Schweizer/innen tragen somit insbesondere bei der Langzeitpflege sowie bei den Zahnbehandlungen einen höheren Anteil als die Bürger/innen in anderen OECD-Ländern. Dies bestätigt nachfolgende Tabelle, welche die Anteile der privaten Gesundheitsausgaben in diesen beiden Bereichen zeigt¹².

Tabelle 3 Überblick Anteil privater Ausgaben in den Bereichen Langzeitpflege und Zahnbehandlungen

	Anteil privater Ausgaben Langzeitpflege	Anteil privater Ausgaben Zahnbehandlungen
Schweiz	61%	91%
Deutschland	29%	25%
Österreich	18%	52%
Frankreich	1%	28%
Niederlande	0%	n.a.
Italien	n.a.	n.a.
Grossbritannien	n.a.	n.a.

Quelle: Kirchgässner und Gerritzen (2011)

Wenn man bedenkt, dass die Langzeitpflege und die Zahnbehandlungen knapp ein Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz ausmachen, könnte diese hohe Eigenbeteiligung zu einem grossen Teil die Unterschiede in den privaten Gesundheitsausgaben zwischen der Schweiz und anderen Ländern erklären¹³. (Die Prävention ist dagegen ein eher kleiner Ausgabenposten und daher nicht entscheidend für die Unterschiede zwischen den Ländern.) Leu et al. (2009) bestätigen dies.

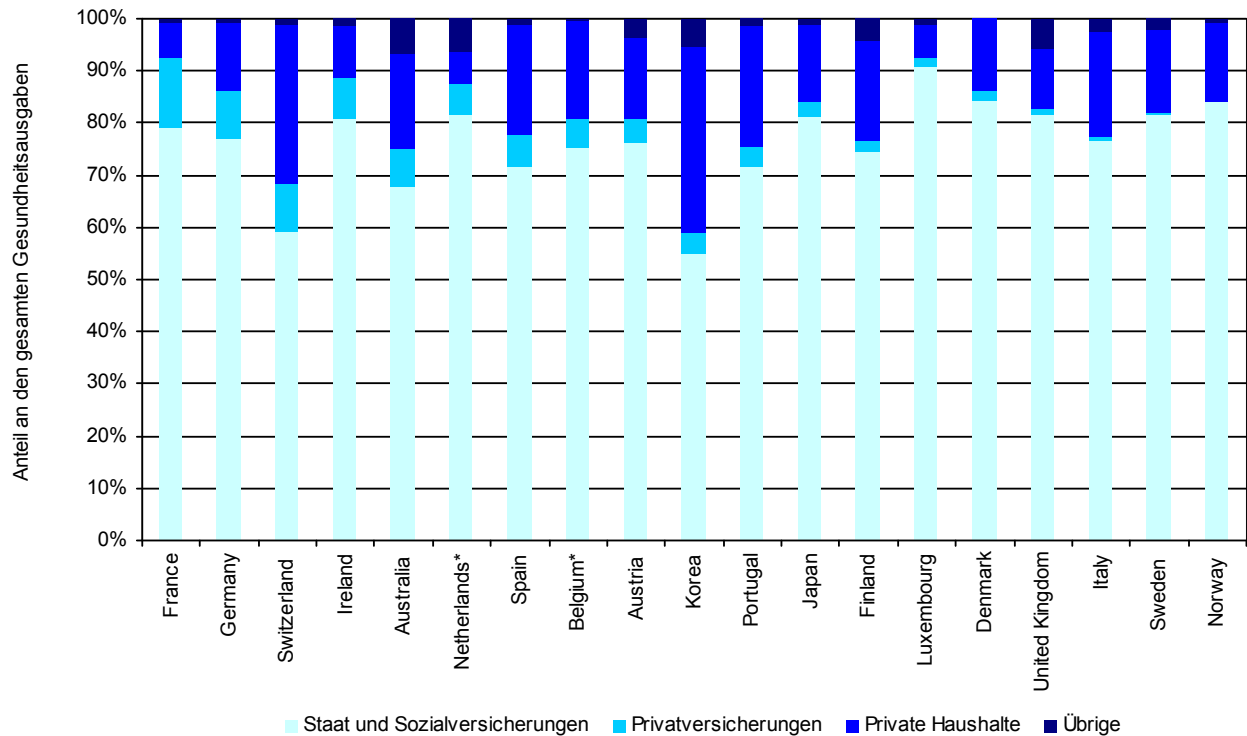
¹² Zu beachten ist, dass Zahlungen von Privatversicherungen nicht darin enthalten sind (vgl. Definition der privaten Gesundheitsausgaben auf Seite 17).

¹³ Es gibt jedoch auch Leistungen, welche von der Schweiz über die obligatorische Krankenversicherung gedeckt werden, in anderen Ländern jedoch nicht. So machen Polikowski und Santos-Eggimann (2002) bei einem Vergleich über verschiedene Industrieländer (Schweiz, Frankreich, Deutschland, Israel, Luxemburg und Niederlande) darauf aufmerksam, dass die Schweiz zahnärztliche Leistungen und gewisse Transportleistungen zwar von der obligatorischen Krankenversicherung ausschliesst, dafür als einziges der sechs Länder die Komplementärmedizin abdeckt.

3.2.3 Die Rolle der privaten Krankenversicherungen

Der hohe Anteil der privaten Gesundheitsausgaben in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern kann möglicherweise durch eine unterschiedlich hohe Bedeutung der privaten Krankenversicherung erklärt werden¹⁴. Abbildung 5 differenziert daher die Aufteilung der Gesundheitsausgaben weiter aus.

Abbildung 5 Aufteilung der Gesundheitsausgaben, 2007



Quelle: OECD Health Data 2009

* Excludes investment expenditure

Es zeigt sich, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben, welcher durch Privatversicherungen gedeckt wird, zwischen den betrachteten Ländern variiert – von 0% in Norwegen und Schweden bis 13% in Frankreich. Die Schweiz liegt mit 9% im oberen Bereich. Der hohe Anteil privater Gesundheitsausgaben in der Schweiz relativiert sich somit nicht (oder nur zu einem geringen Teil) dadurch, dass sich in anderen Ländern viele Personen zusätzlich privat versichern.

Grundsätzlich würde man von relativ tiefen resp. sinkenden OOP-Zahlungen ausgehen, wenn viele Personen Privatversicherungen abschliessen (was wiederum mit den Leistungskatalogen der Krankenversicherung zusammenhängt). Dass dies nicht unbedingt der Fall ist, zeigen Paccagnella et al. (2008) in ihrer empirischen Untersuchung bei über 50-Jährigen in mehreren europäischen Ländern auf¹⁵. Die OOP Anteile der Haushalte, welche sich zusätzlich privat versichern, sind nicht geringer, sondern fallen in einigen Ländern sogar höher aus als bei Personen ohne zusätzliche private Krankenversicherung.

¹⁴ Beispiel Frankreich: Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den Gesamtausgaben ist mit 7% sehr tief. Andererseits sind 92% der Bürger/innen zusätzlich privat versichert (Paris et al. 2010). Die entsprechend hohen Prämienzahlungen für Privatversicherungen werden jedoch nicht zu den privaten Gesundheitsausgaben der Haushalte gezählt.

¹⁵ Dies kann mit Selektionseffekten zusammenhängen: Personen, welche viel für ihre Gesundheit ausgeben, schliessen auch vermehrt Zusatzversicherungen ab. Die Autoren kontrollieren in ihrer Studie allerdings auf solche Selbstselektionseffekte.

3.3 Wirkungen

Dieser Abschnitt fasst die in der Literatur diskutierten Wirkungen der Höhe und Anteile der privaten Gesundheitsausgaben in Bezug auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und die Verteilung der Belastung auf verschiedene Bevölkerungsgruppen zusammen.

Verteilung

In Bezug auf die Verteilung der Anteile privater Gesundheitsausgaben am verfügbaren Einkommen zeigen Schäfer et al. (2010) für die Niederlande, dass sie sich nach der Einkommenshöhe der Haushalte unterscheiden. 90% der Haushalte gaben 2004 maximal 5% ihres verfügbaren Einkommens für Gesundheitsleistungen aus, während bei 3% der Haushalte die Gesundheitsausgabenquote mehr als 10% betrug. Für Haushalte im tiefsten Einkommensquartil betrug der Wert durchschnittlich 3,4% des verfügbaren Einkommens.

In Xu et al. (2003) wird der Anteil Haushalte geschätzt, welche über 40% des Einkommens für OOP-Zahlungen ausgeben. Die Schweiz liegt dabei mit 0,57% vor Grossbritannien, Deutschland und Frankreich.

Tabelle 4 Anteil Haushalte in %, die über 40% ihres verfügbaren Einkommens für OOP-Zahlungen ausgeben

Schweiz	0,57
Deutschland	0,03
Österreich	n.a.
Frankreich	0,01
Niederlande	n.a.
Italien	n.a.
Grossbritannien	0,04

Quelle: Xu et al. (2003)

Die höhere Belastung niedriger Einkommen durch private Gesundheitsausgaben ist nicht nur finanziell von Bedeutung. Personen mit geringem Einkommen sind im Durchschnitt kränker und haben deshalb höhere Gesundheitsausgaben als Personen mit hohem Einkommen¹⁶. Dass sie aus diesem Grunde auch höhere OOP-Zahlungen aufweisen, kann als eine ungerechte doppelte Belastung angesehen werden.

Inanspruchnahme

In verschiedenen Studien wird der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Höhe der privaten Gesundheitsausgaben auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auswirkt.

Burla (2011) bestätigt in der Auswertung der Schweizer Ergebnisse des „International Health Policy Survey“ des Commonwealth Fundes Auswirkungen der Kostenbeteiligung auf die Gesundheitsnachfrage der Befragten. Aufgrund der für sie anfallenden Kosten haben innerhalb eines Jahres 6,5% der Befragten auf einen Arztbesuch und 4,7% der Teilnehmenden auf einen medizinischen Test oder eine Behandlung respektive Nachuntersuchung verzichtet. Rund 4% der Befragten geben zudem an, dass sie aus Kostengründen ein verschriebenes Medikament nicht genommen haben. Ein noch stärkerer Einfluss der Zuzahlungen zeigt die Studie von Wolff et al. (2011), die auf einer Umfrage im Kanton Genf basiert, in Bezug auf die Inanspruchnahme von präventiven Leistungen: 14,5% der Teilnehmenden

¹⁶ Vgl. B,S,S. (mimeo) und Evans in Mossialos et al. 2002.

den verzichteten aus finanziellen Gründen darauf. Ein Grossteil davon betraf Zahnarztleistungen. Der Verzicht ist zudem negativ korreliert mit dem Einkommen der Befragten.

Auch für andere Länder gibt es Untersuchungen darüber, ob der Zugang zu bestimmten Gesundheitsleistungen durch hohe (steigende) private Gesundheitsausgaben eingeschränkt wird. Dabei wird zum einen untersucht, ob die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit steigender Eigenbeteiligung abnimmt und zum anderen, ob dabei Verteilungseffekte auftreten:

- Winkelmann (2004) stellt fest, dass die Zahl der Arztbesuche in Deutschland signifikant gesunken ist, nachdem die Zuzahlung bei den Arzneimitteln erhöht wurde.
- In dieselbe Richtung weist die Studie von Beske et al. (2005), welche in ihrem internationalen Vergleich aufzeigen, dass die Schweiz mit relativ hohen privaten Gesundheitsausgaben eine im Vergleich geringe Anzahl Arztkontakte aufweist.
- In einem Ländervergleich zur Korrelation zwischen der Häufigkeit von Zahnarztbesuchen und Höhe der privaten Zahlungen ergibt sich ein negativer Zusammenhang, welcher auf dem 5%-Niveau signifikant ist (Kirchgässner und Gerritzen 2011).
- Die Ergebnisse von Holst (2004) und Manning et al. (1987) deuten darauf hin, dass zunehmende Ausgaben von Privaten zu einem Rückgang der Arztbesuche führen und dies überdurchschnittlich stark bei unteren Sozialschichten.
- van Doorslaer und Masseria (2004) zeigen, dass in OECD-Ländern, wo die zahnärztlichen Leistungen nicht von der obligatorischen Versicherung abgedeckt sind, ein verstärkter positiver Zusammenhang zwischen guten finanziellen Verhältnissen der Haushalte und deren Zahl von Zahnarztbesuchen besteht.
- Chevreul et al. (2010) führen schliesslich an, dass von nicht privat versicherten Personen (oftmals ärmere Personen) häufig Leistungen mit hohen privaten Kostenfolgen (z.B. zahnärztliche Behandlungen oder Sehhilfen) nicht in Anspruch genommen werden.

Die OECD warnt vor einer weiteren Erhöhung der Zuzahlungen in der Schweiz mit der Begründung, dass dadurch insbesondere Patientinnen und Patienten mit niedrigem Einkommen auf Arztbesuche verzichten würden¹⁷.

3.4 Zwischenfazit zum Anteil der privaten Gesundheitsausgaben

Die gesamten Gesundheitsausgaben in der Schweiz betragen 2009 rund 61 Mia. CHF. Über 30% dieser Ausgaben werden direkt durch die privaten Haushalte getragen – sei es durch Kostenbeteiligungen in der OKP und privaten Zusatzversicherungen oder zum weit grösseren Teil durch OOP-Zahlungen.

Der im internationalen Vergleich hohe private Anteil von über 30% an den gesamten Gesundheitsausgaben lässt sich zu einem grossen Teil darauf zurückführen, dass anders als in den meisten OECD-Ländern in der Schweiz die Zahnversorgung nicht Teil der OKP ist und es keine gesetzliche Versicherung für die Betreuung im Langzeitpflegebereich gibt.

Ein weiterer Grund für unterschiedliche Anteile können auch die verschiedenen Methoden für die Berechnung der privaten Gesundheitsausgaben darstellen. Darauf wird im folgenden Kapitel eingegangen.

¹⁷ „Sie weist darauf hin, dass durch einen weiteren Anstieg privater Zuzahlungen die Gefahr vergrössert wird, dass insbesondere Patienten mit niedrigem Einkommen notwendige Arztbesuche aus Kostengründen unterlassen könnten, was zu Verschleppungen von Krankheiten und dann insgesamt zu höheren Kosten führen kann.“ Vgl. Kirchgässner und Gerritzen (2011), S. 63.

4 Schätzmethoden und Abgrenzung

Die Methoden zur Berechnung der Gesundheitsstatistik differieren zwischen den verschiedenen Ländern beträchtlich. Dies gilt auch für die Methoden zur Schätzung der OOP-Zahlungen. In diesem Kapitel werden die verwendeten Schätzmethoden vorgestellt und bewertet. Weiter gehen wir auf allfällige Unterschiede in der Abgrenzung des Gesundheitswesens und der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte ein¹⁸.

4.1 Übersicht der Schätzmethoden

Differenzmethode

Die Differenzmethode ist eine indirekte Methode zur Berechnung der OOP-Zahlungen. Es wird die Differenz zwischen den gesamten Umsätzen der Leistungserbringer des Gesundheitswesens und allen bekannten Finanzierungen durch Staat, Versicherungen und Kostenbeteiligungen der Haushalte berechnet. Die Kosten, die übrig bleiben, stellen definitionsgemäss die OOP-Zahlungen dar.

Die Umsätze der Angebotsseite werden aus verschiedenen Statistiken und Geschäftsberichten von unterschiedlichen Institutionen im Gesundheitswesen gewonnen. Die Methode verlangt, dass die Daten von Angebots- und Finanzierungsseite in ausreichender Qualität verfügbar sind. Die Möglichkeit der Verwendung der Differenzmethode ist daher von der Güte mehrerer Datenquellen abhängig.

Haushaltsbefragungen

Eine zweite Möglichkeit zur Bestimmung der OOP-Zahlungen ist eine direkte Befragung der Haushalte. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten.

Haushaltsbudgeterhebungen: Die Haushaltsbudgeterhebungen dienen in erster Linie dem Zweck, den Warenkorb, der zur Bestimmung der Preisentwicklung verwendet wird, auf dem aktuellen Stand zu halten. Da Informationen sowohl über die Gesamtausgaben als auch über die Unterkategorie Gesundheitsausgaben auf Haushaltsebene verfügbar sind, kann der Anteil der Gesundheitsausgaben am Haushaltsbudget geschätzt werden.

Haushaltsbudgeterhebungen können als sog. „*Diary Surveys*“ durchgeführt werden. Dieser Umfragetyp verlangt von den Teilnehmenden, dass sie jegliche Ausgaben, welche sie über einen bestimmten Zeitraum tätigen, genau dokumentieren. Da in diesem Tagebuch auch die Gesundheitsausgaben aufgeführt werden, können diese der Schätzung der OOP-Zahlungen dienen.

Umfragen spezifisch zum Gesundheitswesen: Zweitens gibt es Umfragen spezifisch zum Gesundheitswesen. Diese Umfragen betreffen die Inanspruchnahme und die Ausgaben für medizinische Dienstleistungen. Die Umfragen können je nach Ausgestaltung als direkte Schätzung verwendet werden oder zur Validierung – beispielsweise der Ergebnisse der Differenzmethode – dienen.

Sekundärstatistiken

Als dritte Möglichkeit zur Schätzung der OOP-Zahlungen sind Sekundärstatistiken zu nennen. Diese liefern Daten zu den OOP-Zahlungen in einzelnen Teilbereichen. Beispiel: Statistik zu den Verkäufen von rezeptfreien Arzneimitteln in Apotheken.

¹⁸ Die Informationen in diesem Kapitel stammen grösstenteils aus dem OECD Bericht von Rannan-Eliya und Lorenzoni (2010).

Expertenschätzungen

In der Praxis werden häufig Meinungen und Schätzungen von Experten eingeholt und ergänzend zu den oben erwähnten Methoden verwendet. Dabei geht es nicht darum, dass die OOP-Anteile selbst geschätzt werden, sondern dass bei einzelnen Positionen Schätzungen nötig sind. Beispiel: Taxifahrten aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der Anteil solcher Fahrten wird nicht erhoben, sondern von Expertinnen oder Experten geschätzt.

4.2 Die Schätzmethoden in der Praxis

Zur Schätzung von OOP-Zahlungen werden in der Praxis häufig verschiedene Methoden gleichzeitig verwendet. Exemplarisch wird im Folgenden das Vorgehen in der Schweiz, den USA und Deutschland erläutert. Kurzbeschreibungen weiterer Länder finden sich in Anhang III.

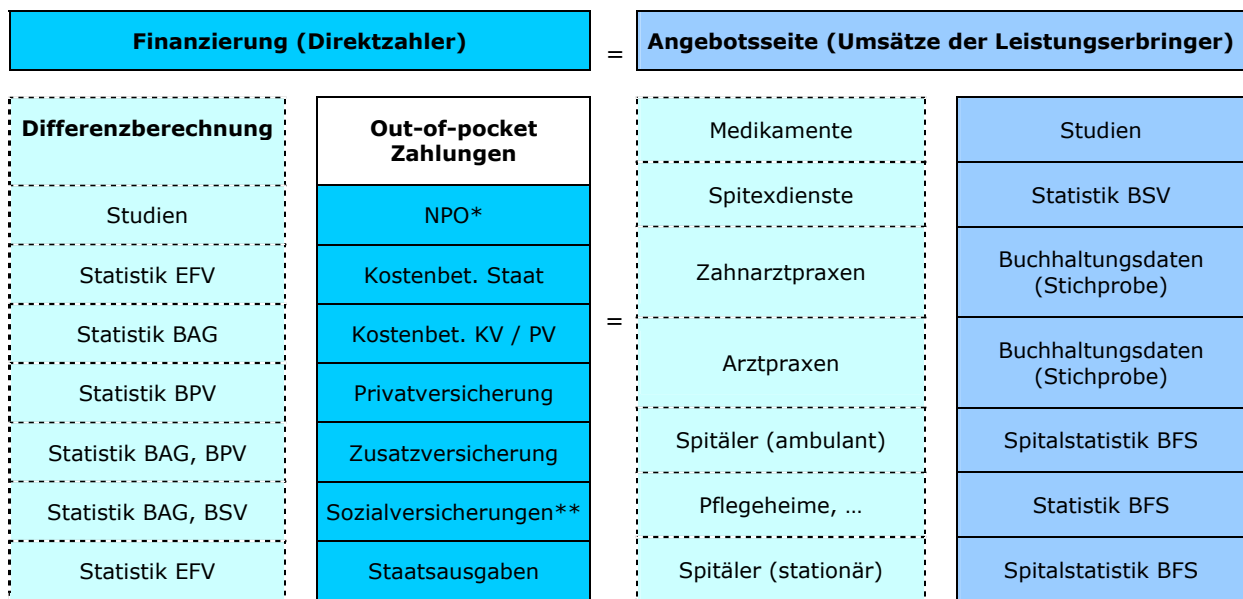
Schweiz¹⁹

In der Schweiz werden die OOP-Zahlungen mit der Differenzmethode berechnet. Die Daten werden bis auf wenige Ausnahmen von einer Bundesbehörde erhoben und aufbereitet. Die Kostenbeteiligungen der privaten Haushalte werden mittels einer Sekundärstatistik geschätzt, die bei den Krankenversicherern erhoben wird. Die Kostenbeteiligung der Versicherten entspricht der Summe aller eingereichten Rechnungen für medizinische Leistungen minus die Anteile, welche die Krankenversicherer übernehmen.

Abbildung 6 zeigt den Mechanismus der Differenzberechnung und die Datenquellen für die Schweiz auf. Zunächst wird das Total der Umsätze der Leistungserbringer im Gesundheitswesen berechnet. Davon werden die bekannten Finanzierungen durch Staat, Sozialversicherungen, Privatversicherungen und die Kostenbeteiligung der Versicherten abgezogen. Das Residuum entspricht den OOP-Zahlungen. Die Differenzen werden grundsätzlich sektorspezifisch (d.h. differenziert nach Teilbereichen wie z.B. ambulante medizinische Behandlungen) berechnet. Die blau markierten Kästchen geben die jeweiligen Datenquellen an.

¹⁹ Vgl. Rossel (2009).

Abbildung 6 Differenzmethode der Schweiz



Quelle: Rossel (2009)

* Mögliche Leistungen von Non-Profit-Organisationen sind psychologische Beratung, Kurse, etc.

** Zu den Sozialversicherungen zählen neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Unfallversicherung, AHV/IV und die Militärversicherung.

Weiter fließen in der Schweiz folgende Statistiken zur Berechnung und Plausibilisierung der geschätzten privaten Gesundheitsausgaben mit ein²⁰:

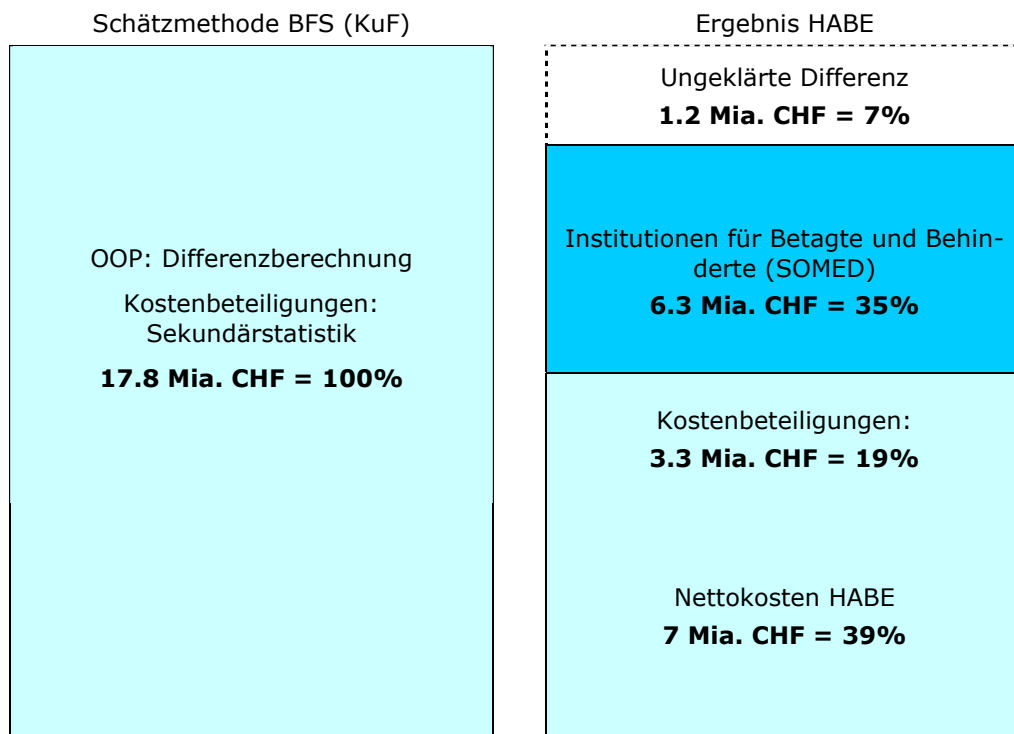
- Statistik der Santésuisse zu den Ausgaben der Grundversicherung für einzelne Teilbereiche (z.B. Rettungsdienste)
- Statistik der Interpharma zu den Over-the-counter bezogenen Medikamenten
- Statistik des Drogistenverbandes für kleinere Posten von Heil- und Hilfsmitteln, sog. non-durables
- Finanzstatistiken des BFS für allgemeine Leistungen des Staates wie z.B. zahnärztliche Untersuchungen in Schulen, welche de facto von den Familien bezahlt werden

Abbildung 7 vergleicht die vom BFS im Rahmen der Statistik „Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (KuF)“ berechneten Ergebnisse für das Jahr 2008 mit den Resultaten der Haushaltsbudgeterhebung HABE²¹ („Diary Survey“).

²⁰ Auskunft von Raymond Rossel (BFS) vom 06.07.2011.

²¹ Die HABE wird jährlich durchgeführt. Es nehmen ca. 3'000 Haushalte teil.

Abbildung 7 Diskrepanz der privaten Gesundheitsausgaben zwischen der Schätzmethode des BFS und den Ergebnissen der HABE, 2008



Quelle: BFS (KuF, HABE, Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED), Obsan

* Personen, die in Institutionen für Betagte und Behinderte leben, sind in der HABE nicht berücksichtigt. Unter der Annahme, dass diese Personen ihre privaten Gesundheitsausgaben selbst tragen (und nicht z.B. von Familienangehörigen finanziell unterstützt werden) können die Kosten aus der SOMED zu den Daten aus der HABE addiert werden.

Es zeigt sich, dass die HABE zu deutlich geringeren OOP-Zahlungen führt als die Schätzmethode des BFS. Der Unterschied betrug 2008 7.5 Mia. CHF, wovon 6.3 Mia. CHF darauf zurückgeführt werden kann, dass Personen in Pflegeheimen bei der HABE nicht erfasst werden. Die verbleibende Unterschätzung beträgt damit 1.2 Mia. CHF. Eine mögliche Erklärung ist eine Verzerrung bei der Umfrage, auf die wir weiter unten näher eingehen.

USA²²

Die USA verwenden bei der Schätzung der privaten Gesundheitsausgaben eine Kombination aus Differenzberechnung, Sekundärstatistiken und Umfragen.

Für die OOP-Zahlungen in Spitälern wird eine Differenzberechnung verwendet. Die OOP-Daten für dauerhafte Güter des Gesundheitswesens (Brillen, Hörgeräte etc. mit einer Lebensdauer von mehr als drei Jahren) werden aus Daten über den Konsum therapeutischer Geräte und Ausrüstungen berechnet (Sekundärstatistik). Zusätzlich zu diesen Angaben bedient sich die Gesundheitsstatistik verschiedener Umfragen, welche die OOP-Zahlungen der Haushalte für in Anspruch genommene Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten usw. ausweisen (Dienstleistungsumfrage, Konsumentenausgabenumfrage).

²² Vgl. Centers for Medicare & Medicaid Services 2009.

Deutschland²³

Deutschland verwendet primär Sekundärstatistiken zur Schätzung der privaten Gesundheitsausgaben. Zu den Datenquellen zählen neben Verwaltungsdaten und Stichprobenerhebungen auch Geschäfts- und Jahresberichte von einschlägigen Unternehmen und Organisationen. Die Ausgaben werden den leistungserbringenden Einrichtungen zugeordnet, wofür teilweise Quoten errechnet werden. Die Verteilschlüssel auf die einzelnen Ausgaben basieren auf Sekundärstatistiken, Expertenschätzungen oder es wird die Verteilung einer ähnlichen Ausgabenposition unterstellt.

4.3 Bewertung der Schätzmethoden

Die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Methoden werden im Folgenden dargelegt und diskutiert²⁴.

Differenzmethode

Unter der Bedingung, dass qualitativ guten Daten aus den Primärquellen zur Verfügung stehen, wird die Differenzmethode von der OECD (Rannan-Eliya und Lorenzoni 2010) als die verlässlichste Methode beurteilt.

Ein Vorteil der Differenzberechnung ist, dass sie weitestgehend nicht von subjektiven Einschätzungen abhängt. Zudem ist eine Vergleichbarkeit über die Jahre gegeben, da das Grundkonzept unverändert bestehen bleibt. Die Schätzmethodik ist schliesslich robust²⁵.

Der grosse Nachteil der Differenzmethode besteht darin, dass die resultierende Schätzung eine sogenannte Black Box ist, die keine Aussagen über die Zusammensetzung der OOP-Zahlungen zulässt. Zudem ist die Qualität der Schätzung abhängig von den verwendeten Statistiken: ungenau erhobene Werte auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens oder ungenau und unvollständig erhobene Finanzierungsbeiträge der Kostenträger führen zu fehlerhaften Schätzungen.

In der Schweiz sind gemäss den zuständigen Verantwortlichen des BFS die Berechnungen für die Bereiche Spitäler, Medikamente und Zahnbehandlungen verlässlich. Eine Revision wird zudem den Posten „Arztpraxen“ verbessern. Das Vorgehen des BFS wird von der OECD insgesamt als sehr positiv beurteilt.

Haushalterhebungen

Der grosse Vorteil von Umfragen ist, dass sie auf Haushaltsebene durchgeführt werden und daher verteilungs- und regionalpolitische Untersuchungen zulassen. Die OOP-Zahlungen können daher für verschiedene Bevölkerungsgruppen – differenziert nach sozioökonomischen und geographischen Merkmalen – ausgewiesen werden.

Haushaltsbefragungen tendieren jedoch aus verschiedenen Gründen dazu, verzerrte Resultate zu liefern: fehlende Repräsentativität der Stichprobe, unklare Fragestellungen sowie nicht wahrheitsgetreue Aussagen (z.B. werden Ausgaben vergessen). Rannan-Eliya und Lorenzoni (2010) weisen zudem

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland 2011.

²⁴ Die Bewertung der Methoden erfolgt auf Basis des OECD Berichts von Rannan-Eliya und Lorenzoni (2010), den Aussagen aus dem Workshop mit Vertreter/innen des BFS und des Obsan vom 23. Juni 2011 sowie eigenen Überlegungen.

²⁵ Nach Aussagen des BFS würde das Modell resp. das Residuum zudem sowieso berechnet. Es resultiert somit im Unterschied zu den anderen Schätzungen kein zusätzlicher Aufwand.

darauf hin, dass bei Diary Surveys eine systematische Unterschätzung aller Ausgabentypen beobachtet wird. Studien haben ergeben, dass rund die Hälfte der Ausgaben vergessen geht.

Die Verzerrung der Umfrage lässt sich schätzen und entsprechend können die Schätzungen der Ausgaben korrigiert werden. Beispiel Skaliermethode: Es bestehen verlässliche Angaben der Zahlungen an (einige) Leistungserbringer, die man zur Korrektur der Umfragedaten heranziehen kann. Dies setzt allerdings voraus, dass die Leistungserbringerdaten repräsentativ sind. Alternativ kann versucht werden, über gewisse Teilleistungen verlässliche Daten zu erhalten. Unter der (starken) Annahme, dass die Verzerrungen über alle Teilleistungen gleich gross sind, können die Umfragedaten korrigiert werden.

Ein besonderer Schwachpunkt bei der Haushaltsbefragung der Schweiz (HABE) im Bereich Gesundheit ist die Nicht-Berücksichtigung von Personen, die in Pflegeheimen wohnen. Dies beeinflusst die Ergebnisse stark (vgl. Abbildung 7). Gemäss Aussagen der Experten des BFS kommt es bei der HABE aufgrund von Zufälligkeiten insbesondere im Zusammenhang mit einer vergleichsweise kleinen Stichprobe mithin zu unerklärlichen Ergebnissen. Das Verfahren ist somit nicht robust und ist daher nicht in der Lage, Änderungen über die Zeit verlässlich anzuzeigen. Weiter stellen kantonale Unterschiede bei der Vergütung der Leistungserbringer – einige Kantone verfahren nach dem Tiers garant, andere nach dem Tiers payant²⁶ – ein gewisses Problem dar, das jedoch mit einer Revision des Erhebungsinstruments der HABE²⁷ vermindert werden soll.

Die HABE könnte zudem bessere Resultate liefern, wenn ein längerer Zeitraum betrachtet würde, da ansonsten die hohe Variation bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie die zeitliche Verzögerung zwischen Inanspruchnahme und Vergütung der Leistung verzerrend wirken. Theoretisch könnte alternativ auch die Stichprobe erhöht werden.

Die HABE könnte genutzt werden, um die Verteilung der OOP-Zahlungen nach Einkommensklasse und Wohnort der Haushalte zu untersuchen. Dies ist zurzeit nicht der Fall.

Sekundärstatistiken

Die Vorteile von Sekundärstatistiken sind vergleichbar mit denjenigen der Differenzmethode. Sie sind vergleichsweise genau, subjektive Einflüsse wie bei den Expertenmeinungen treten selten auf und die Vergleichbarkeit über die Jahre ist gegeben.

Nachteile sind ein relativ grosser Aufwand bei der Erstellung – zumindest bei der Einführung – und eine Abhängigkeit von der Qualität der primären Datenquellen, auf welche die statistischen Ämter wenig Einfluss ausüben können.

In der Schweiz werden zur Bestimmung der Kostenbeteiligungen der Versicherten Sekundärstatistiken verwendet. Dabei kommt es bei den Daten aus Kantonen, die mit Tiers garant verfahren, zu einer Verzerrung. In diesem System ist der Versicherte der Schuldner des Leistungserbringers. Aufgrund der Franchise haben die Versicherten wenig Anreiz, Rechnungen von Leistungserbringern bei der Krankenversicherung einzureichen, solange ihre Kostenbeteiligung unterhalb des Franchisebetrags liegt. Sie reichen die Rechnungen zu spät oder gar nicht ein. Dies führt zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Kostenbeteiligungen von Versicherten.

²⁶ Bei Tiers garant schuldet die versicherte Person dem Leistungserbringer das Honorar. Der Versicherer erstattet der versicherten Person die Kosten. Bei Tiers payant zahlt der Versicherer dem Leistungserbringer das Honorar.

²⁷ Bessere Verbindung der Ausgaben mit der Rückerstattung durch denselben Erhebungsbogen.

Expertenschätzungen

Expertenschätzungen werden nicht zur direkten Schätzung der Höhe oder der Anteile der OOP-Zahlungen genutzt. Vielmehr werden sie in einigen Ländern als Ergänzung zu anderen Methoden verwendet (z.B. zur Schätzung von Verteilschlüsseln).

Die Vorteile von Expertenschätzungen sind: Das Fachwissen der Expertinnen und Experten fließt direkt in die Schätzung ein und der Aufwand, Expertenschätzungen einzuholen, ist vergleichsweise gering.

Die Nachteile liegen auf der Hand: Expertenmeinungen sind ihrer Natur nach subjektiv. Zudem ergeben sich Probleme in der Vergleichbarkeit über die Jahre, da die Einschätzung von Experten über die Zeit tendenziell stabil bleibt.

4.4 Zwischenfazit zu den Schätzmethoden

Die Berechnungsmethode der OOP-Zahlungen der Schweiz wird von der OECD als sehr verlässlich eingestuft. Viele Länder stützen sich demgegenüber stark auf die Haushaltsbudgeterhebungen ab, welche die OOP-Zahlungen oftmals unterschätzen. Die tatsächliche Differenz der OOP-Zahlungen zwischen der Schweiz und dem Ausland ist daher unter Umständen geringer als bisher angenommen. Die Kostenbeteiligungen werden in der Schweiz mittels Sekundärstatistiken bestimmt. Diese führen tendenziell zu einer Unterschätzung der Kostenbeteiligung.

Tabelle 5 Fazit zu den Schätzmethoden

Schätz- methode	Kurzbeschreibung der Methode	Länder, welche die Methode nutzen	Vorteile und Nachteile der Methode	Datenquelle und - verfügbarkeit in der Schweiz; Aufwand	Dokumenta- tion der Me- thodologie
Differenzbe- rechnung	Es wird die Differenz aus dem Total der Umsätze der Leistungserbringer und den bekannten Finanzierungen gebildet.	Mehrheitlich auf diese Methode abgestützt: Schweiz Als Ergänzung zu anderen Methoden: Österreich (in Kombination mit Schätzungen von Expert/innen sowie Umfragen).	+ Relativ genau, gute Vergleichbarkeit, objektiv, robust, kein zusätzlicher Aufwand - Black Box: keine Rückschlüsse auf die sozioökonomischen Merkmale der Zahlenden, die Qualität der Methode ist abhängig von den Daten zu den Umsätzen und der Finanzierung	Vorhanden, die Daten zu den Spitälern, Medikamenten, Zahnbehandlungen sind gut, Daten zu den Arztpraxen sind problematischer. Aufwand ist zwar eher gross, wird jedoch auf jeden Fall erbracht (vgl. FN 25).	Rossel 2009
Haushaltser- hebungen (Umfragen)	In Form einer Umfrage wird ein möglichst repräsentativer Teil der Bevölkerung zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und zu den Gesundheitsausgaben befragt.	Mehrheitlich mit Umfragen: z.B. Irland, Korea, China, Polen	+ Sozioökonomische Merkmale der Personen können erfasst werden, relativ einfach zu erheben, da die Fragen in eine umfassende Umfrage eingebaut werden können - Umfrage-Bias (fehlendes Wissen, keine repräsentative Stichprobe), wenig robust, CH: keine Abdeckung von Pflegeheimen	Vorhanden: HABE Aufwand mittel	Rannan-Eliya und Lorenzoni 2010
Sekundär- statistiken	Aus verschiedenen Statistiken können die privaten Gesundheitsausgaben direkt berechnet werden.	Hauptsächlich: Deutschland (in Kombination mit Expertenschätzungen), Spanien, Schweiz (Kostenbeteiligungen)	+ relativ genau, objektiv, Vergleichbarkeit über die Jahre - keine Rückschlüsse auf die sozioökonomischen Merkmale der Zahlenden, teilweise aufwändig: Deutschland: 35 Statistiken, die Qualität der Methode ist abhängig von den primären Datenquellen, das verantwortliche Amt hat keinen Einfluss auf die Erhebung der primären Datenquellen, CH: Tiers garant unterschätzt die Kostenbeteiligungen.	Teilweise vorhanden (Kostenbeteiligungen) Aufwand: eher gross	Statistisches Bundesamt Deutschland 2011
Experten- meinung/- Schätzung	Expert/innen aus verschiedenen Bereichen der Medizin, Forschung, Statistik, etc. schätzen z.B. Verteilschlüssel	Wird nur als Ergänzung verwendet. Deutschland (in Kombination mit Sekundärstatistiken, Expertenschätzungen werden für Aufteilungsschlüssel herangezogen)	+ Fachwissen fliesst in die Statistik ein, aktuell, wenig aufwändig - kann sehr ungenau sein, hängt von wenigen Personen ab, subjektiv, es werden sich kaum grosse Veränderungen zwischen den Jahren ergeben	Vorhanden. Aufwand: gering	-

4.5 Abgrenzungsprobleme

Zusätzlich zu den verwendeten unterschiedlichen Methoden können Unterschiede in der Abgrenzung des Gesundheitswesens und der Gesundheitsausgaben zu Verzerrungen bei internationalen Vergleichen führen. Zwar geben die Guidelines des „System of Health Accounts“ der OECD Richtlinien zur Abgrenzung vor; sie lassen zurzeit in einigen Bereichen aber noch einen gewissen Spielraum²⁸:

- Die Schweiz ordnet alle Institutionen, welche mehr als 50% Pflegepersonal einsetzen, dem Pflegebereich und damit dem Gesundheitsbereich zu. Andere Länder (z.B. Skandinavien) subsumieren diese Leistungen unter Soziales. Die OECD ist dabei, die diesbezüglichen Richtlinien zu präzisieren. Dabei orientiert sie sich tendenziell an der Abgrenzung der skandinavischen Länder.
- Ebenfalls in den Bereich der Langzeitpflege fallen Ergänzungsleistungen zu AHV und IV, die an Heimbewohner/innen zur Finanzierung ihrer Pflege gezahlt werden. Da diese Zahlungen eine Subjektförderung darstellen, werden sie zu den OOP-Zahlungen gezählt. Aus inhaltlicher Sicht sollten sie jedoch nicht als Eigenbeiträge betrachtet werden. Künftig soll diese Zurechnung deshalb geändert werden.
- Bei den Leistungen der Apotheken bestehen Abgrenzungsprobleme bezüglich einiger Güter, die abhängig von ihrer Anwendung als Gesundheitsgüter gelten können oder nicht (z.B. Pflaster).
- In der privaten Pflege sind viele Hilfskräfte tätig, die nicht als Pflegekräfte deklariert werden. Dies kommt in vielen Ländern in unterschiedlichem Ausmass vor und führt entsprechend zu einer Verzerrung bei internationalen Vergleichen der privaten Gesundheitsausgaben.
- Schliesslich ist der Gesundheitstourismus zu nennen, der in den meisten Ländern nicht separat erfasst wird. Die Schweiz korrigiert zwar die Umsätze der Leistungserbringer um jene Leistungen, die von im Ausland wohnhaften Personen in der Schweiz in Anspruch genommen werden, um insgesamt rund 1 Mia. CHF pro Jahr. Verlässliche Daten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Schweizer/innen im Ausland fehlen jedoch.

Die Experten des BFS geben an, dass sie die unterschiedliche Abgrenzung im Bereich der Langzeitpflege als das grösste Problem beim internationalen Vergleich der OOP-Zahlungen betrachten. Dennoch schätzen sie die Verzerrungen keinesfalls als so gross ein, als dass dadurch internationale Vergleiche verunmöglicht würden.

²⁸ Die Informationen in diesem Kapitel stammen grösstenteils aus dem Workshop vom 23. Juni 2011 mit Vertreter/innen des BFS und des Obsan (vgl. Anhang VI).

5 Ausblick und Perspektiven

5.1 Fazit

Die Schätzmethodik der Schweiz ist geeignet, die Höhe der direkten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte zu bestimmen, die zeitliche Entwicklung zu analysieren und internationale Vergleiche durchzuführen.

Die Differenzberechnung lässt hingegen keine Rückschlüsse auf die Verteilung der OOP-Zahlungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen zu. Solche Informationen sind jedoch dann notwendig, wenn man nicht nur die durchschnittliche Höhe und Entwicklung, sondern auch die Belastung von finanziell schwächer gestellten Haushalten kennen möchte. Teil des vorliegenden Auftrags ist es daher, eine Auslegeordnung von möglichen Datenquellen vorzunehmen, die Informationen zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben beinhalten.

5.2 Datenquellen zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben

In diesem Kapitel liegt der Fokus auf den Möglichkeiten, wie sich die Informationsbasis bezüglich Struktur und Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben resp. OOP-Zahlungen verbessern lässt. Im Sinne einer Auslegeordnung führen wir zunächst die bestehenden Möglichkeiten auf und stellen dann unsere Schlussfolgerungen vor. Dabei unterscheiden wir zwischen zwei Zeithorizonten:

- *Kurzer Zeithorizont:* Wie können kurzfristig Daten zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben erhoben und aufbereitet werden?
- *Längerfristiger Zeithorizont:* Wie können längerfristig bessere Daten zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben erhoben werden?

Kurzer Zeithorizont

Die HABE und die SOMED liefern bereits gewisse Informationen zur Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben.

Haushaltsbudgeterhebung HABE des BFS: Die HABE wird regelmässig durchgeführt und stellt daher keinen zusätzlichen Aufwand dar. Allerdings werden die Ergebnisse bezüglich Struktur und Verteilung der OOP-Zahlungen zurzeit nicht verwendet. Dies liegt an einigen Schwachpunkten der Erhebung, die sie nicht genügend zuverlässig machen (vgl. Kapitel 4.3):

- Zufälligkeiten bei den Ergebnissen. (Um dies zu verbessern, könnte der betrachtete Zeitraum, auf den sich die Dokumentation der Ausgaben bezieht, verlängert oder die Stichprobe vergrössert werden.)
- Bewohner/innen von Pflegeheimen und anderen Institutionen werden nicht erfasst.
- Es besteht eine zusätzliche Unterschätzung der Ausgaben aufgrund fehlerhafter Dokumentationen durch die Befragten („Vergessen“).

Die absolute Höhe der OOP-Zahlungen kann aufgrund dieser Grenzen der HABE nicht optimal gemessen werden.

Trotz dieser Schwächen können für Teilbereiche wie Medikamente oder Zahnbehandlungen jedoch möglicherweise verlässliche Aussagen zur Verteilung der OOP-Zahlungen gemacht werden²⁹. Beispiele: Sind die Ausgaben für Zahnbehandlungen negativ mit dem Einkommen korreliert? Verändert sich der Einkommensgradient bei den Ausgabenanteilen für Zahnbehandlungen über die Zeit? Gibt es regionale Differenzen bezüglich der Anteile der Ausgaben für Zahnbehandlungen am verfügbaren Einkommen? Welche Altersgruppe gibt am meisten für Zahnbehandlungen aus³⁰?

Statistik der sozialmedizinischen Institutionen SOMED des BFS: In der SOMED werden die Betriebsrechnungen (inkl. Finanzierung) von Pflegeheimen wie auch von Institutionen für Personen mit einer Behinderung erfasst. Liegen die differenzierten Einnahmen (Beiträge Krankenkversicherer, Subventionen, Beiträge Bewohner/innen, etc.) vor, können die OOP-Zahlungen bestimmt werden. Es ist davon auszugehen, dass diese als Vollerhebung konzipierte Befragung regionale Differenzierungen zulässt. Eine Differenzierung nach sozioökonomischen Merkmalen ist hingegen nicht möglich, da zwar Daten zu den Bewohner/innen vorliegen, diese jedoch nicht mit deren Eigenbeiträgen verknüpft werden.

Längerfristiger Zeithorizont

Neben den bereits genannten Statistiken gibt es weitere Datenquellen, welche ggf. mittelfristig genutzt werden können.

Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen des BFS: Die Erhebung wurde vom BFS zwischen 2008 und 2009 als einmaliges Projekt durchgeführt. Es wurden rund 3'100 betagte Personen, welche dauerhaft in einer Institution wohnen, zu ihrem Gesundheitszustand, Pflegebedarf, Ressourcen und Lebensbedingungen befragt. Die Finanzierung der Pflege war nicht Bestandteil der Studie. Sollte die Erhebung nochmals durchgeführt werden, könnte jedoch ggf. ein solcher Frageblock ergänzt werden.

Befragungen im Rahmen der Volkszählung des BFS: Die Volkszählung wird neu als Registererhebung durchgeführt, welche mit einer Strukturerhebung (200'000 Personen), einer thematischen Erhebung (10'000 – 40'000 Personen) und einer Omnibus-Befragung (3'000 Personen) vervollständigt wird. Bei den beiden letzteren Befragungen könnten Fragen zu den OOP-Zahlungen ergänzt werden. Bei der thematischen Erhebung der Volkszählung wird das Thema Gesundheit 2012 erhoben (und danach alle 5 Jahre wiederholt)³¹. Eine Differenzierung nach Grossregionen ist möglich. Auch ein Modul bei der Omnibus-Befragung ist denkbar; die Stichprobe entspricht ca. 3'000 Personen. Zudem muss man sich bewusst sein, dass die Omnibus-Befragungen als telefonische Interviews durchgeführt werden; eine präzise Aussage zu den Gesundheitsausgaben ist daher kaum zu erwarten.

Modul zur Gesundheit bei der Statistik zu Einkommen und Lebensbedingungen SILC des BFS: Die Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz wird bei 7'000 Haushalten (17'000 Personen) durchgeführt. Es werden dabei Basis-Module (u.a. bezogen auf die Gesundheit) wie auch jährlich wechselnde Module eingesetzt. In diesem Zusammenhang könnte eine vertiefte Befragung zu den Gesundheitsausgaben vorgenommen werden. Allerdings gilt auch hier, dass die Erhebung als telefonische Befragung durchgeführt wird. Es ist davon auszugehen, dass ein „Diary Survey“ wie bei der HABE zu präziseren Aussagen führt.

²⁹ Die Einschätzung der Datenqualität für die Teilbereiche stammt von den Experten des BFS (Workshop vom 23. Juni 2011). Es kann beispielsweise davon ausgegangen werden, dass die Qualität der Antworten in Bezug auf die Ausgaben für Zahnarztbesuche relativ gut ist, weil die Personen die Rechnungen selbst bezahlen. (Dies z.B. im Gegensatz zu einer Arztrechnung im System Tiers payant, die direkt an die Krankenversicherung geschickt wird.)

³⁰ Ob die vorgeschlagenen Auswertungen tatsächlich eine genügend hohe Aussagekraft und Verlässlichkeit aufweisen, ist mit den Verantwortlichen der HABE im Detail zu besprechen.

³¹ Diese Erhebung entspricht der SGB. Die Daten der thematischen Erhebungen werden dann mit den Daten der Registererhebung verknüpft.

Steuerdaten der Eidgenössischen Steuerverwaltung: Das BFS klärt zurzeit ab, ob es möglich ist, Daten zu den (steuerabzugsfähigen) Krankheits- und Behinderungskosten von der Eidgenössischen Steuerverwaltung ESTV zu erhalten. Sollte dies der Fall sein, sind Auswertungen nach Einkommen, Geschlecht, Haushaltstyp, Region und Alter möglich. Weiter wirkt die hohe Relevanz der Angaben in Bezug auf die Steuerbelastung positiv auf die Verlässlichkeit der Angaben. Allerdings sind Krankheits- und Behinderungskosten nur dann abzugsfähig, wenn sie einen gewissen Anteil am Einkommen überschreiten, so dass nur die Verteilung von hohen OOP-Zahlungen analysiert werden könnte. Auch wenn dies kein vollständiges Bild zulässt, wären die Ergebnisse aus einer sozialpolitischen Perspektive sehr interessant: Welche Bevölkerungsgruppe ist durch hohe OOP-Zahlungen speziell belastet?

Daten der NewIndex AG: Die NewIndex AG sammelt Daten der Schweizer Ärzteschaft. Über 9'000 Arztpraxen haben sich zusammengeschlossen und liefern ihre Abrechnungsdaten, welche gesammelt und aufbereitet werden. Es ist denkbar, auf dieser Basis die Inanspruchnahme und Finanzierung der ambulanten Leistungen differenziert zu bestimmen, da alle Leistungen (ob sie von den Versicherten oder der Krankenkasse bezahlt werden) erfasst sind. Regionale Auswertungen wie auch Auswertungen nach Alter und Geschlecht könnten für den ambulanten Bereich mit den Daten von NewIndex grundsätzlich durchgeführt werden. Allerdings müsste mit den Verantwortlichen des NewIndex im Detail geprüft werden, welche Auswertungen möglich und welche Verknüpfungen dazu nötig sind.³²

Übersicht

Die nachfolgende Abbildung bietet eine zusammenfassende Übersicht zu den bestehenden und möglichen Datenquellen zur Differenzierung der OOP-Zahlungen nach sozioökonomischen Merkmalen.

Abbildung 8 Mögliche Datenquellen zu den OOP-Zahlungen, differenziert nach sozioökonomischen Merkmalen und Leistungserbringern

	Zahnärzte	Arztpraxen	Spitäler	Medikamente	(Pflege-) heime	Insgesamt ohne Heime	Insgesamt
Sozioökonomische Merkmale (Alter, Geschlecht, Einkommen)	HABE	NewIndex*	Grobe Abschätzung mit HABE	HABE	Neue Erhebung**	Grobe Abschätzung mit HABE***	Modul in Volkszählung, evtl. Steuerdaten (nur für hohe OOP-Zahlungen)
Region					SOMED		
Insgesamt	Differenzberechnung						

Vorhanden

Möglich

Möglich, Qualität müsste geprüft werden

Neue Erhebungen nötig

*Alternativ: Grobe Abschätzung mit HABE

** Alternativ bei Pflegeheimen: Statistik Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen

*** Alternativ: Modul in SILC

³² Aussagen zu den Kostenbeteiligungen sind als komplex einzuschätzen, da dafür eine Verknüpfung mit Versichererdaten notwendig wäre. Aussagen zu den OOP-Zahlungen (= Leistungen, welche von keiner Versicherung gedeckt werden) sind hingegen aus den NewIndex-Daten möglicherweise ersichtlich.

5.2.1 Perspektiven

Die Differenzberechnung der Schweiz ist gut geeignet, um die Höhe der OOP-Zahlungen zu bestimmen und die zeitliche Entwicklung zu analysieren. Es ist zudem vorgesehen, die derzeit noch bestehenden Unschärfen (Umgang mit Ergänzungsleistungen für Heimbewohner/innen, Zuordnung von Pflegeinstitutionen, Umsatzdaten in Arztpraxen) zu beheben.

Die Differenzberechnung lässt allerdings keine Rückschlüsse auf die Verteilung der privaten Gesundheitsausgaben auf verschiedene Bevölkerungsgruppen zu. Ebenfalls können keine regional differenzierten Auswertungen vorgenommen werden. Möchte man die Informationen zur Höhe der OOP-Zahlungen mit Aspekten der Verteilung ergänzen³³, stehen folgende Möglichkeiten offen:

- Bei Leistungen, die eine gute Datenqualität aufweisen (z.B. Zahnarztbehandlungen, Medikamente), könnte mit der HABE die Verteilung der OOP-Zahlungen nach Alter, Geschlecht, Einkommen und Haushaltstyp vorgenommen werden. Weiter können die Möglichkeiten für neue oder ergänzende Erhebungen systematisch analysiert werden, wobei sich u.E. insbesondere ein Ansatz anbietet: Die vom BFS derzeit geprüften Steuerdaten könnten interessante Hinweise auf die Verteilungswirkungen von hohen OOP-Zahlungen liefern.
- Bezüglich der OOP-Zahlungen von Bewohner/innen von Pflegeheimen und Institutionen für Behinderte gibt es eine Datenlücke, welche durch eine separate Studie gedeckt werden könnte. Denn die Ausgaben der Privathaushalte für die Institutionen machen über 40% der OOP-Zahlungen aus. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen NFA (der institutionelle Behindertenbereich liegt neu in der Zuständigkeit der Kantone) sind Verteilungsaspekte und regionale Differenzen bei der Langzeitpflege ein wichtiges Thema. Beispielsweise könnte eine solche Studie aufzeigen, in welchen Bereichen für Bewohner/innen von Pflegeheimen hohe OOP-Zahlungen anfallen, ob sich diese nach soziodemographischen Merkmalen unterscheiden oder auch, ob diese Zahlungen von den Betroffenen selbst oder ihren Familienangehörigen übernommen werden. Denkbar ist die Analyse in ausgewählten Kantonen und/oder die Befragung von Bewohner/innen, deren Angehörigen sowie der Heimleitungen bei ausgewählten Institutionen (Stichprobenerhebung).

³³ So haben Studien in anderen Ländern die Verteilung der OOP-Zahlungen auf verschiedene Bevölkerungsgruppen untersucht. Vgl. z.B. Mossialos et al. (2002) oder Schäfer et al. (2010).

6 Literaturverzeichnis

- Anderson, G.F., Frogner, B.K. (2008): Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value Per Dollar, in: *Health Affairs*, Volume 27, Number 6.
- Anonymus (2009, China): *Data Sources and Estimation Methods of Private Health Expenditure in China*, OECD.
- Anonymus (2009, Irland): *Private Health Expenditure – Data sources and estimation methods Country case study: Ireland*, OECD.
- Beske, F., Drabinski, T., Golbach, U. (2005): *Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich*. Eine Analyse von 14 Ländern. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Schriftenreihe Band 104 I und II, Kiel.
- B,S,S. (mimeo): *Strategische Grundlagen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit in der Schweiz*, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Schlussbericht vom 25. Februar 2011.
- Burla, L. (2011): *International Health Policy Survey 2010 des Commonwealth Fund*. Auswertungen der Schweizer Ergebnisse für das Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 15). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik (2011): *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens*. Detaillierte Ergebnisse 2008 und jüngste Entwicklung. Zahlen von 2008.
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., Mladovsky, P. (2010). France: Health System Review, in: *Health Systems in Transition*, Volume 12, Number 6.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2009): *National Health Expenditures Accounts: Definitions, Sources, and Methods*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Denkova (2009): *Case Study – Data Sources and estimation methods on private expenditure in the SHA*, National Statistical Institute of Bulgaria, OECD.
- European Observatory on Health Care Systems (2000): *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- García Calatayud, M.L., Relaño Toledano, J.J. (2009): *Estimating Private Expenditure in SHA Terms in Spain*, OECD.
- Holst, J. (2004): *Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen*. Institut für Medizinische Soziologie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Arbeitspapier Nr. 24/2004, Frankfurt a.M.
- Huber, M., Orosz, E. (2003): Health Expenditure Trends in OECD Countries, 1990-2001, in: *Health Care Financing Review*, Volume 25, Number 1.
- Jeong, H.-S. (2009): *Private health expenditure - data sources and estimation methods. Country case study: Korea*, OECD.
- Kirchgässner, G. und Gerritzen, B. (2011): *Leistungsfähigkeit und Effizienz von Gesundheitssystemen: Die Schweiz im internationalen Vergleich*, Gutachten zuhanden des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO).
- Leu, R.E., Rutten, F.F.H., Brouwer, W., Matter, P., Rüttschi, C. (2009): *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets*. The Commonwealth Fund, auf: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2009/Jan/The-Swiss-and-Dutch-Health-Insurance-Systems--Universal-Coverage-and-Regulated-Competitive-Insurance.aspx>
- Manning, W., J. Newhouse, N. Duan, E. Keeler, A. Leibowitz und S. Marquies (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care. Evidence From a Randomized Experiment. *American Economic Review*, 77 (3), S. 251-277.
- Marciniak (2009): *Improving comparability and availability of private health expenditure data. Report on estimating private expenditures on health care in Poland - case study*, Central Statistical Office of Poland, Social Suveys Division, OECD.

- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Hrsg.) (2004): *Funding Health Care: Options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham.
- Paccagnella, O., Rebba, V., Weber, G. (2008): *Voluntary Private Health Care Insurance among the Over Fifties in Europe: A Comparative Analysis of SHARE Data*. University of Padua.
- Paris, V., Devaux, M., Wei, L. (2010): Health Systems Institutional Characteristics. A Survey of 29 OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, Number 50.
- PHIAC (2010): *Operations of the Private Health Insurers*. Annual Report 2009-10, Private Health Insurance Administration Council Australia (PHIAC), Canberra.
- Polikowski, M., Santos-Eggimann, B. (2002): How Comprehensive are the Basic Packages of Health Services? An International Comparison of Six Health Insurance Systems, in: *Journal of Health Services Research & Policy*, Volume 7, Number 3.
- Rannan-Eliya, R. P., Lorenzoni, L. (2010): Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework, *OECD Health Working Papers*, No. 52
- Rossel, R. (2009): *Private health expenditure – data sources and estimation methods; country case study: Switzerland*, Room document presented at the Workshop on Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures under the System of Health Accounts Framework, OECD, Paris.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van der Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E. (2010): The Netherlands: Health System Review, in *Health Systems in Transition*, Volume 12, Number 1.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2011): *Gesundheitsausgabenrechnung*. Methoden und Grundlagen 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C. (2004): Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, Number 14.
- Winkelmann R. (2004): “Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment”, *Health Economics*, 13: 1081–1089
- Wolff, H., Gaspoz, J.-M., Guessous, I. (2011): „Health care renunciation for economic reasons in Switzerland“, *Swiss Medical Weekly*, 141:w13165
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J.L. (2003): Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis, in: *The Lancet*, Volume 362.

7 Weitere Literaturhinweise

- Boyle, S. (2011): United Kingdom (England): Health System Review, in: Health Systems in Transition, Volume 13, Number 1.
- Busse, R., Riesberg, A. (2005): Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.
- Buchmueller, T.C., Couffinhal, A. (2004): Private Health Insurance in France. OECD Health Working Papers, Number 12.
- Colombo, F., Tapay, N. (2004a): Private Health Insurance in OECD Countries. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. OECD Health Working Papers, Number 15.
- Colombo, F., Tapay, N. (2004n): Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study. OECD Health Working Papers, Number 18.
- Colombo, F., Morgan, D. (2006): Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, in: Revue Française des Affaires sociales, 2006/2 n° 2-3.
- Debrand, T., Sorasith, C. (2010): Out-of-Pocket Maximum Rules under a Compulsory Health Care Insurance Scheme: A Choice between Equality and Equity. Working paper. Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES, Paris.
- Gechert, S. (2009): Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments? CESifo Working Paper, Number 2739.
- Gerdtham, U.G., Jönsson, B. (2000): International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis. Handbook of Health Economics, Volume 1, Part 1.
- Hofmarcher, M.M., Rack, H.M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen.
- Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili, S., Maresso, A. (2009): Italy: Health System Review, in: Health Systems in Transition, Volume 11, Number 6.
- OECD, Eurostat, WHO (2010): A System of Health Accounts Version 2.0 Draft. OECD, Paris.
- OECD DELSA (2009): Health Accounts Experts. Private Health Expenditure – Report on the Conclusions of the Project. 11th Meeting of Health Accounts Experts and Correspondents for Health Expenditure Data, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee (DELSA), OECD, Paris.
- Wagstaff, A. (2010): Social Health Insurance Reexamined, in: Health Economics, Volume 19.
- Wendt, C. (2009): Mapping European Healthcare Systems: A Comparative Analysis of Financing, Service Provision and Access to Healthcare, in: Journal of European Social Policy, Volume 19.

8 Anhänge

8.1 Anhang I: Methodik der Literaturrecherche

Rechercheorte

Zur Auswahl der Literatur haben wir folgende Schritte durchgeführt:

- Recherche in der Journaldatenbank RePEc:³⁴ Recherche mittels Suchbegriffen
- Recherche in Fachzeitschriften über Sciedirect („Health Policy“, „Health Economics“ und „Journal of Health Economics“)
- Recherche in Bibliotheken (IDS Basel Bern)
- Internetrecherchen bei nationalen Stellen und internationalen Organisationen: BFS, Obsan, Eurostat, OECD, WHO, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Allgemeine Internetrecherche (Google Scholar) anhand ausgewählter Suchbegriffe
- Direkte Anfragen an nationale Stellen und internationale Organisationen

Verwendete Suchbegriffe

Englisch	Deutsch	Französisch	Italienisch
out-of-pocket health	out-of-pocket Gesundheit	versements directs des ménages privés	spesa privata sanità
out-of-pocket spending	out-of-pocket Ausgaben	versements directs des ménages privés santé	spesa diretta sanità
out-of-pocket financial burden	out-of-pocket Zahlung	versements directs santé	franchigia
out-of-pocket Europe	Gesundheitsausgaben	versements privés santé	franchigia assicurativa
out-of-pocket oecd	Private Gesundheitsausgaben	versements des ménages santé	quota a carico dell' assicurato
out-of-pocket payments	Private Gesundheitskosten	paiements directs santé	spesa out of pocket
out-of-pocket payments for health expenditure	Gesundheitssysteme Vergleich	dépenses privées santé	ticket
health (care) expenditure	Gesundheitssysteme internationaler Vergleich	couts privés santé	ticket sanitario
health (care) spending	Out-of-pocket Kostenbeteiligung	comparaison internationale dépenses santé	
health care spending in oecd countries	Selbstbehalte	out-of-pocket paiements	
private health care expenditure	Zuzahlungen		
private health spending			
private health insurance			
(household) health spending / health expenditure			
financial burden of health care			
demand for medical care			
health care systems comparison			
health care systems international comparison			
health care international comparison			
direct health payments			
user charges health care			
coinsurance payments			
coinsurance health care			
copayments health care			

³⁴ Research Papers in Economics, ca. 575'000 journal articles und ca. 375'000 Working Papers

8.2 Anhang II: Leistungsvergleich

Tabelle 6 Leistungsabdeckung der obligatorischen Krankenversicherung I

Country	Acute inpatient care	Outpatient primary care physicians contacts	Outpatient specialists contacts	Clinical laboratory tests	Diagnostic imaging
Australia	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)
Austria	Covered (76-99%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Belgium	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Canada	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Czech Republic	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Denmark	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Finland	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (100%)
France	Covered (76-99%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)	Covered (76-99%)
Germany	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Greece	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Hungary	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Iceland	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Ireland	Covered (100%)	Not covered	Covered (100%)(1)	Covered (100%)	Covered (100%)
Italy	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Japan	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Korea	Covered (76-99%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Luxembourg	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Mexico	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Netherlands	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
New Zealand	Covered (100%)	Covered (51-75%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (76-99%)
Norway	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Poland	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Portugal	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Slovak Republic	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Spain	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Sweden	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (100%)	Covered (76-99%)
Switzerland	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Turkey	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (100%)	Covered (100%)
United Kingdom	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)	Covered (100%)

Note: (1) In Ireland, Category II patients have 100% coverage for public specialist outpatient services and they are not covered for private specialist care.

Note: n.a. means Not Available

Source: OECD Survey on health system characteristics 2008-2009 and OECD estimates.

Quelle: Paris et al. (2010)

Tabelle 7 Leistungsabdeckung der obligatorischen Krankenversicherung II

Country	Physiotherapist services	Pharmaceuticals	Eyeglasses and/or contact lenses	Dental care	Dental prostheses
Australia	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Not covered	Not covered	Not covered
Austria	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Covered (100%)	Covered (51-75%)
Belgium	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Canada	Not covered	Covered (51-75%)	Not covered	Not covered	Not covered
Czech Republic	Covered (100%)	Covered (51-75%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Denmark	Covered (1-99%)	Covered (51-75%)	Not covered	Covered (1-50%)	Not covered
Finland	Covered (1-99%)	Covered (51-75%)	Not covered	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
France	Covered (1-99%)	Covered (51-75%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Germany	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)
Greece	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Hungary	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Iceland	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Ireland	Covered (100%)(2)	n.a.	Not covered	Not covered	Not covered
Italy	Covered (1-99%)	Covered (100%)	Not covered	Covered (1-50%)	Not covered
Japan	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Not covered	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)
Korea	Covered (1-99%)	Covered (51-75%)	Not covered	Covered (51-75%)	Not covered
Luxembourg	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)
Mexico	Covered (100%)	Covered (100%)	Not covered	Covered (100%)	Not covered
Netherlands	Covered (1-99%)	Covered (100%)	Not covered	Covered (1-50%)	Not covered
New Zealand	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Not covered	Not covered	Not covered
Norway	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Not covered	Not covered	Not covered
Poland	Covered (100%)	Covered (51-75%)	Covered (1-50%)	Covered (100%)	Covered (100%)
Portugal	Covered (100%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Slovak Republic	Not covered	Covered (76-99%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)	Covered (51-75%)
Spain	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Not covered	Covered (100%)	Not covered
Sweden	Not covered	Covered (51-75%)	Not covered	Covered (1-50%)	Covered (1-50%)
Switzerland	Covered (1-99%)	Covered (76-99%)	Covered (1-50%)	Not covered	Not covered
Turkey	Covered (100%)	Covered (76-99%)	Covered (51-75%)	Covered (100%)	Covered (51-75%)
United Kingdom	Covered (100%)	Covered (100%)	Not covered	Covered (76-99%)	Covered (76-99%)

Note: n.a. means Not Available

Source: OECD Survey on health system characteristics 2008-2009 and OECD estimates.

Note: Countries did not have the possibility to answer to the question on the level of coverage for physiotherapists' services, since the question was not in the questionnaire. However, we were able to identify countries which have a 100% coverage because they answered to Q13a that physiotherapists' services are covered without cost-sharing. Although we received complementary answers afterwards, we chose to keep the same answer "covered (1-99%)" for homogeneity reasons.

Note (2): In Ireland, Category II people have 100% coverage in the acute inpatient/outpatient setting while they have no specific eligibility for this service when provided in the non-acute setting.

Quelle: Paris et al. (2010)

8.3 Anhang III: Schätzmethode in der Praxis (weitere Länder)

Bulgarien³⁵

Bulgarien verwendet zur Schätzung der privaten Gesundheitsausgaben Haushaltsbudgeterhebungen sowie Sekundärstatistiken (Geschäftsberichte von Unternehmen des Gesundheitssektors). Da die Daten zu den Kostenbeteiligungen nicht erhoben werden, können die OOP-Zahlungen nicht separat ausgewiesen werden.

China³⁶

China verwendet in erster Linie Haushaltserhebungen zur Schätzung der privaten Gesundheitsausgaben. Die Umfrage über die Gesundheitsausgaben wird alle fünf Jahre durchgeführt. Eine zweite Umfrage mit einer grösseren Stichprobe ergänzt die erstere. Die Ausgaben des durchschnittlichen Städters aus den Umfragen werden mit der Bevölkerungszahl aller Städte multipliziert, das gleiche Verfahren wird auf die ländliche Bevölkerung angewandt. Danach werden die beiden Werte addiert. Eine Differenzierung der privaten Gesundheitsausgaben nach OOP-Zahlungen und Kostenbeteiligungen ist nicht möglich.

Irland³⁷

Irland orientiert sich an der Haushaltsbudgeterhebung, um eine Schätzung der OOP-Zahlungen vornehmen zu können. Da die Langzeitpflege – wie in der Schweiz – nicht in der Haushaltsbudgeterhebung erfasst wird, werden zusätzlich die OOP-Ausgaben der Langzeitpflege geschätzt.

Korea³⁸

Südkorea stützt sich auf Umfragedaten ab. Eine Umfrage wird zu den OOP-Ausgaben und Kostenbeteiligungen, eine weitere Umfrage zum Einkommen und den Ausgaben der Haushalte durchgeführt.

Polen³⁹

Auch in Polen werden die Daten zu den OOP-Zahlungen durch Umfragen erhoben. Einerseits wird jährlich eine Haushaltsbudgeterhebung durchgeführt und andererseits wird bei einer Teilstichprobe in unregelmässigen Abständen eine weitere Umfrage zum Gesundheitswesen und -Verhalten des Haushaltes durchgeführt.

Die Auswertung der Umfragedaten führt zu den gesamten Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. In Polen existieren Kostenbeteiligungen nur in sehr geringem Ausmass und ausschliesslich für bestimmte Medikamente. Die Höhe der Kostenbeteiligung weist ein Gesundheitsfonds-Register aus. Nach Abzug dieser Zahl resultieren die OOP-Zahlungen.

³⁵ Vgl. Denkova 2009.

³⁶ Vgl. Anonymus 2009 (China).

³⁷ Vgl. Anonymus 2009 (Irland).

³⁸ Vgl. Jeong 2009.

³⁹ Vgl. Marciniak 2009.

Spanien⁴⁰

In Spanien wird eine Sekundärstatistik verwendet, welche auf den Zahlen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) basiert. In der VGR werden die Ausgaben aller Haushalte für Güter und Dienstleistungen des Gesundheitswesens berechnet. Davon werden die Rückerstattungen der Krankenversicherungen abgezogen. Die Methodik lässt jedoch keine Rückschlüsse auf Kostenbeteiligungen zu. Daher können die OOP-Zahlungen nicht separat ausgewiesen werden.

Australien⁴¹

Die OOP-Zahlungen werden von der Dachorganisation der privaten Krankenversicherer mittels der Differenzmethode berechnet.

⁴⁰ Vgl. Garcia Calatayud und Relaño Toledano (2009).

⁴¹ Vgl. PHIAC (2010).

8.4 Anhang IV: Datenquellen Schweiz

Considered items according to SHA classifications	Data source (annual basis)	Complementary data sources	Other data source for coherence and quality control	Acceptability of methods	Additional remarks
Private Financing					
Private social insurance (HF.2.1)	Federal Office of private insurance, Federal Office of public health	Association of pharmaceutical industry, institutional information		B	
Private insurance (HF.2.2)	Federal Office of private insurance	Association of pharmaceutical industry, institutional information		B	
Out of pocket excluding cost-sharing (HF.2.3.1),			Household budget survey	B/C	Triangulation methods; overall acceptability depends on data/methods of the other two elements
Cost-sharing Government (HF.2.3.2 – HF.2.3.4 central, regional and local levels)	Federal administration of finances			A	
Cost-sharing Social Security (HF.2.3.5),	Federal Office of public health	Santésuisse		A/B	
Cost Sharing Private Insurance (HF.2.3.6 – HF.2.3.7)	Federal Office of public health			B	
All other cost-sharing (HF.2.3.9)			Institutional information		Non-existing
Non profit Organisations serving Households (HF.2.4)	Special studies on NPO (non annual)	Business survey (employment data)	Social insurance statistics and other institutional information	B	Special studies not conducted annually
Corporations (other than health insurance (HF.2.5)			institutional information		This item is quasi-inexistent
Providers, goods and services (main categories)					
Public and private hospitals (HP.1)	Federal Statistical Office, hospital statistics	Federal administration of finances (annual basis)	Special survey on non resident in-patients	A/B	
Nursing care facilities (HP.2.1) and Residential mental retardation, mental health and substance abuse facilities (HP.2.2), or Services of long-term nursing care (HC.3)	Federal Statistical Office, survey on residential facilities with nursing care	Federal administration of finances (annual basis)		A/B	
Ambulatory care					
Out patient care of hospitals (HC.1.3, HC.2.3)	Federal Statistical Office, hospital statistics	Social insurance payments		B	
Offices of physicians (HP.3.1)	Aggregated loss and profit accounting data of non random sample, no annual data	Social insurance payments; Swiss Medical Association (number of active physicians)		C	
Offices of dentists (HP.3.2)	Aggregated loss and profit accounting data of non random sample	Swiss Dental Association (number of active physicians)	Budget household survey	B	
Home health care services (HP.3.6)	Federal Social Insurance Office, full annual survey		Social insurance payments	A	
Sales of pharmaceuticals (HC.5.1, HP.4)	Data based on marketing survey, from the pharmaceutical industry, whole sale and retailers	Social insurance payments	Social insurance payments	A/B	

(A) reliable and ideal, and most appropriate (B) less reliable, but acceptable if A method cannot be used (C) not acceptable, except as a last resort.

Quelle: Rossel (2009)

8.5 Anhang V: Datenquellen Deutschland

Konto	Bezeichnung	Quelle	Rechenweg	Verwendung
DI8	Selbstmedikation mit rezeptfreien Arzneimitteln in der Apotheke	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) bzw. IMS Health.	Wert kann aus Quelle direkt abgelesen werden.	laufende Gesundheitsausgaben
DI10	Selbstmedikation mit freiverkäuflichen Arzneimitteln außerhalb der Apotheke	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) bzw. IMS Health	Wert kann aus Quelle direkt abgelesen werden	laufende Gesundheitsausgaben
DI11	Hilfsmittel aus Apotheken	Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA); Umsatzwert	vom Umsatz werden noch die Zahlungen der anderen Kostenträger (z. B. GKV) abgezogen, der Residualwert wird als Kontenwert in der GAR verwendet.	laufende Gesundheitsausgaben
DI13	Käufe von Heilpraktikern	Statistisches Bundesamt: VGR; Eckwert entspricht dem Produktionswert des Wirtschaftszweiges 85.14.3.	vom Eckwert werden die Zahlungen der anderen Kostenträger abgezogen, der Residualwert wird als Kontenwert in der GAR verwendet	laufende Gesundheitsausgaben
DI14	Pflegeausgaben der privaten Haushalte, stationär	Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik-Umsätze	in einem mehrstufigen Verfahren wird der Gesamtumsatz der stationären Pflegeeinrichtungen geschätzt, dann davon die Leistungen der anderen Kostenträger abgezogen. Die privat zu tragenden Pflegeausgaben verbleiben als Restgröße.	laufende Gesundheitsausgaben
DI15	Pflegeausgaben der privaten Haushalte, ambulant	Studien „Wirkungen der Pflegeversicherung“ und „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MuG III) aus den Jahren 1998/2002.	in einem mehrstufigen Verfahren wird der Gesamtumsatz der ambulanten Pflegeeinrichtungen geschätzt, dann davon die Leistungen zur ambulanten Pflege von anderen Kostenträgern abgezogen. Ein Teil der Ausgaben ist für soziale Dienstleistungen bestimmt (z.B. Angebote für behinderte Personen).	laufende Gesundheitsausgaben und erweiterter Leistungsbereich*
DI20	Individuelle Gesundheitsleistungen im Rahmen der ärztlichen Behandlung	Wissenschaftliches Institut der allgemeinen Ortskrankenkassen (WidO), Studie: Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis	IGel-Wert der Studie dient als Richtwert	laufende Gesundheitsausgaben
DI30	Gesundheitsausgaben von Personen ohne Versicherungsschutz	Mikrozensus, BMG: Kennzahlen und Faustformeln	Schätzung mithilfe der durchschnittlichen GKV-Ausgaben pro Versichertem (30 %) und der Anzahl der Nicht-Versicherten	laufende Gesundheitsausgaben
DI40	Investitionskostenpauschale für die stationäre Pflege (BKK-Pflegedatenbank)	BKK-Pflegedatenbank PAULA	durchschnittlicher Investitionskosten pro Tag multipliziert mit der Anzahl der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß Pflegestatistik	Investitionen

* Zum erweiterten Leistungsbereich zählen z.B. Eingliederungshilfen für behinderte Personen, Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall oder Leistungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen.

Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland (2011)

8.6 Anhang VI: Teilnehmende Workshop

Workshop vom 23. Juni 2011 in Neuchâtel zur Diskussion der Schätzmethode. Teilnehmende:

- Paul Camenzind (Obsan)
- Stefan Felder (Universität Basel)
- Miriam Frey (B,S,S)
- David Liechti (B,S,S)
- Michael Lindner (BFS)
- Sonia Pellegrini (Obsan)
- Raymond Rossel (BFS)
- Maik Roth (Obsan)



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.